

**Nachuntersuchung von Patienten
der prothetischen Abteilung
der Klinik für
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universität München,
welche in den Jahren 1944 - 1951
mit totalen Gebissprothesen
versorgt wurden.**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von
Georg Anton Lohrer
Zahnarzt in Pfaffenhofen/Ilm**

1961

=



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universität München

Direktor (Vorstand): Professor Dr. Dr. J. Heiss

Nachuntersuchung von Patienten
der prothetischen Abteilung
der Klinik für
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universität München,
welche in den Jahren 1944—1951
mit totalen Gebißprothesen
versorgt wurden.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Anton Lohrer

Zahnarzt

in

Pfaffenhofen/Ilm

1961



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. H. van Thiel

Dekan: Prof. Dr. H. Eyer

Tag der mündlichen Prüfung: 9. 5. 1961

Meinen Eltern
in Dankbarkeit und Verehrung

INHALTSVERZEICHNIS:

<i>Einleitung:</i>	Seite
Psychologische Vorbemerkungen	5
Aufstellungsmethoden nach Falck und Gysi	12
<i>Eigene Untersuchungen: Jahrgang 1944—1951</i>	15
I. <i>Anamnese:</i>	
Subjektive Zufriedenheit	
II. <i>Mundbefund:</i>	
III. <i>Therapie:</i>	
Basisgestaltung	
Aufstellung der Zähne	
Funktion der Prothesen	
Material der Prothesen	
IV. <i>Gewöhnung:</i>	
V. <i>Die häufigsten Fehler</i>	
VI. <i>Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:</i>	
VII. <i>Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:</i>	
VIII. <i>Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:</i>	
IX. <i>Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:</i>	
<i>Übersicht:</i>	72
<i>Zusammenfassung:</i>	94
<i>Kritischer Bericht:</i>	100
<i>Literaturverzeichnis:</i>	105
<i>Lebenslauf:</i>	108

EINLEITUNG:

Immer strebe zum Ganzen hin, und kannst Du selber kein Ganzes werden, als dienendes Glied schließe an ein Ganzes Dich an.

Diese Schlußworte Iskraut's aus seiner „Neutraltherapie der Zahnheilkunde“ weisen deutlich auf die Aufgaben und Ziele hin, die in der neueren Zahnheilkunde Vorrang genießen und die auch erreicht werden wollen; sie weisen uns hin, wie derselbe Autor sagt, auf das Dienen gegenüber „einem Individuum, unserem Mitmenschen mit Leib und Seele in seiner Ganzheit“. Denn auch die Zahnheilkunde darf nicht nur den Mund und seine nähere Umgebung erfassen. Ihre durch den Umfang der allgemeinen Heilkunde, deren Teilgebiet die Zahnheilkunde ist, bestimmten Grenzen reichen, wie H. Siegmund es ausdrückte, „von der Welt des Unbelebten über das Belebte und den Menschen bis zur Welt der geistigen Werte“. Im Mittelpunkt stehe, nach W. Titkemeyer, „der ganze Mensch mit allen seinen (in Verbindung mit seinen uns Zahnärzte angehenden Krankheiten und Leiden) Gegebenheiten, mit seinen Vorurteilen, seinen Angst- und Komplexbeladenen Vorstellungen, seinen Meinungen und Wünschen, mit seinem Bedürfnis nach Rat, Hilfe und möglichster Heilung bzw. Wiederherstellung“.

Diese Ganzheitsbetrachtung steht in allen Disziplinen der Zahnheilkunde im Vordergrund, auch in der Prothetik. Die zahnärztliche Prothese stellt einen Heilfaktor dar (K. Häupl); sie ist als solcher nicht so sehr ein in seinen direkten Auswirkungen auf den Körper unentbehrlicher Organersatz, als vielmehr ein wesentliches Therapeutikum eines psychischen Trauma. Um dies nun beurteilen zu können, wird erst die Bedeutung des Zahnes einzeln und als geschlossene Reihe zu erläutern sein.

Aus Geschichte und Literatur vieler Völker kann man entnehmen, daß der Zahn schon immer, wie E. Dolder sagt, Bedeutung als „Waffe, Werkzeug und Schmuck“ gehabt hat. Der Gebrauch als Waffe gilt ja nur noch für die Tiere, für die Menschen gilt er als Symbol der Stärke, Macht und Vitalität, des Angriffs, Besitzergreifens und Verschlingens (H. Kranz).

Als Werkzeug dienen die Zähne beim Ergreifen, Festhalten und Zerkleinern der Nahrung und durch ihre Stellung und Lage zueinander als Lautformer der Sprache.

Die Bedeutung der Zähne als Schmuck muß in Verbindung mit und als Kontrast zu dem übrigen Gesicht gesehen werden. Die Physiognomie des Gesichts wird, wie sie W. Reither beschrieben hat, durch alle Teile des Kopfes und ihre Relationen zueinander bestimmt; sind diese harmonisch aufeinander abgestimmt, gefällt das Gesicht, auch wenn die einzelnen Bestandteile nicht so formvollendet gezeichnet sind. Umgekehrt haben z. B. große Künstler den Teufel mit vollendeten Zügen dargestellt, diese aber in ein disharmonisches Verhältnis zueinander

gebracht und dadurch dessen innere Zwiespältigkeit und Häßlichkeit intensiver zum Ausdruck gebracht als durch eine häßliche Verzeichnung der einzelnen Formen — was eher lächerlich und komisch wirkt (siehe Fastnachtslarven). Die Vielzahl von Gesichtsteilen und ihre Relation zueinander — A. Modrach bezeichnet dies als „Komplexqualität“ — bestimmen also die Physiognomie, den Ausdruck, die Charakteristik des Gesichts. Die mimische Muskulatur verändert den Ausdruck in einem gewissen Rahmen; dies wird als Mienenspiel bezeichnet; die Wirkung nun, die damit auf die eigene und fremde Psyche ausgeübt wird, nennt Reither die „physiognomische Funktion“. Diese Funktion spielt eben durch ihre Wirkung auf fremde Psyche im zwischenmenschlichen Verkehr eine große Rolle; Portmann bezeichnet sie als „zentrales Medium des sozialen Kontaktes“.

Eines der wichtigsten, weil veränderlichsten Ausdrucksmittel ist neben der Augenpartie der Mund. Seine Wölbung erhält er durch die dahinterstehenden Zahnreihen. Bei geöffnetem Mund nehmen die Zähne an der Ausdrucksgestaltung aktiv teil, zwar nicht durch eigene Intuition, aber als unterstreichendes, kontrastierendes Merkmal. Durch ihre besondere Substanz, ihre Farbe, Form und Stellung bestimmen sie die Charakteristik des unteren Gesichtsdrittels mit. Im besonderen Fall können sie sogar zum beherrschenden Faktor werden, wie es ja sehr häufig bei dunkelhäutigen Menschen zu beobachten ist.

Aus dieser verschiedenartigen Bedeutung heraus ist es leicht einzusehen, daß ein Verlust von Zähnen den Betroffenen stark beeindruckt. In Übereinstimmung mit vielen anderen Autoren sagt W. Balters, daß „jeder Zahnverlust als Einbruch in die Persönlichkeit, in die aufgerichtete Einheit ‚Mensch‘ im Rahmen der Ganzheit ‚Mensch und Umwelt‘ zu werten ist; er komme deshalb einer psychischen und seelischen Krankheit gleich. Daß der Mensch schon immer so gefühlt hat, beweisen die Versuche von Zahnersatz schon im Altertum; einige Stücke, von Phöniziern und Griechen hergestellt, sind noch erhalten. F. Jung zitiert einen Zahnarzt Conradis aus Kopenhagen, der 1755 schrieb, ‚es dauere ihn immer, daß oftmals verdiente und tüchtige Männer in verhältnismäßig jungen Jahren aus dem öffentlichen Leben abtreten mußten, da sie ihre Zähne verloren hätten und dafür keinen brauchbaren Ersatz bekommen könnten‘.“ Dieses Beispiel zeigt deutlich den Wertverlust, den selbst damals die Persönlichkeit erlitten hat, als es noch gar keine nennenswerte Möglichkeit gab, den Betroffenen zu helfen, und Lückengebiß oder Totalverlust sozusagen an der Tagesordnung war.

Heute hat die Reklame durch ihre alle Lebensbereiche durchdringenden Publikationsmittel wie Film und Fernsehen, Illustrierte, Plakate und Handzettel die Vorstellung von jugendlichem Aussehen bis in das hohe Alter bei weiten Gesellschaftskreisen geschaffen. Besonders für Frauen wurden „Idealtypen“ (Modrach) publiziert, denen nahe zu kommen auch chirurgische Maßnahmen ohne Bedenken angenommen werden. Kleine Abweichungen davon z. B. Stupsnase oder Sommersprossen können schon psychologische Komplexe erzeugen. Auch die Zähne werden in den Reklamerummel miteinbezogen, wie sattsam bekannt ist.

Von dieser Warte aus betrachtet ist natürlich ein Zahnverlust, besonders im Frontzahnbereich, ein großes Übel. Tatsächlich bedeutet der Ausruf von Patienten: „Ich kann mich ja nicht mehr sehen lassen!“ nicht veräußerlichte Eitelkeit, sondern ist der Ausdruck innerer Hilflosigkeit. Wie schon Balters gesagt hat, greift Zahnverlust tief in das menschliche Wesen ein. Kranz hat dazu festgestellt, daß Zahnverlust nicht nur spiegelbildliche Umkehr des früher Erwähnten im Sinne einer Entmächtigung, eines Wertverlustes, einer Verhäßlichung bedeutet, sondern eine Störung des „Körperschema im Bewußtseinsfeld“ ist. Es greift das Ich-Bewußtsein an, das alle Teile des Körpers erfaßt, auch die leicht entbehrlichen wie Haare und Nägel (Ausdruck dafür ist die symbolisierte Zugehörigkeit des Ich durch Übergabe einer Haarlocke). Einen Zahn verlieren, heißt demnach einen Teil seines Ich verlieren; die körperliche Vollwertigkeit ist gesunken, ein Wertverlust ist eingetreten.

In der Auswirkung auf die Gefühlswelt des Menschen stellt Kranz eine „Besonderheit“ heraus, „die in der Leiblichkeit keine Parallele hat“. Die lächerlich kleine Einbuße eines Zahnes, die in keinem Verhältnis zu ihrer realen Bedeutung stehe, bedeute doch für den Menschen ein „signum mali omnis“, weil der Zahn unwiederbringlich ist. Im Hinblick auf die begrenzte Zahl von Zähnen rücke der Zeiger der Lebensuhr bei jedem Verlust ein Stück mehr dem Ende zu.

Auch den zwischenmenschlichen Beziehungen mißt derselbe Autor durch das Bewußtsein des Wertverlustes schwere Folgen zu. Ein Mensch mit sichtbarer Zahnücke, die offensichtlich auf Nachlässigkeit in der Pflege zurückzuführen ist, oder auch Totalverlust mit den eingesunkenen Lippen wirkt unsympathisch auf seine Umgebung. Er merkt es an deren instinktivem Zurückweichen, an der Isolation, in die er gerät. Es hängt natürlich von der Mentalität, dem Alter, Beruf, Geschlecht, der sozialen Stellung und den Umweltbedingungen des von Zahnverlust Betroffenen und der ihn beurteilenden Umgebung ab, wie stark dies zum Ausdruck kommt; ein älterer Landarbeiter wird Zahnverlust nicht als Wertminderung empfinden, dagegen dürfte er für eine Persönlichkeit in leitender Stellung kaum tragbar sein.

Aus solcherlei Motiven, wie Dolder sagt, aus „Vernunfts- und Gefühlsfaktoren“, entsteht der Entschluß zur prothetischen Versorgung, der Wunsch nach Verbesserung der äußeren Mängel oder nach einer weitgehenden Wiederherstellung der Vollwertigkeit. Die Intensität des Wunsches wiederum ist abhängig von der Tiefe der psychischen Störung; ist diese groß, wird auch der Patient um so mehr bereit sein, sich prothetisch versorgen zu lassen, die „Aufnahmebereitschaft“ (Balters) ist entsprechend günstig; ist die Störung aber gering, wird dem Patienten auch die Einsicht der Notwendigkeit mangeln. Hier beginnt bereits die ärztliche Behandlung, ist die erste Entscheidung zu fällen; denn nicht immer ist die Prothese das Mittel der Wahl, wie auch Haake in seiner Untersuchung „über den Inkorporationserfolg zahnärztlicher Prothesen bei alten Menschen“ festgestellt hat. Er verlangt für seine Altersgruppe — es handelte sich um

Patienten von 70 Jahren und älter —, „Diagnose und Prognose streng individuell auszurichten“ und mit Schuchardt, um „präzise Indikationsstellung bemüht zu sein“. Zu viele Patienten würden „weder mit den Prothesen noch mit ihrem Alter fertig“. Verallgemeinert dürfte dies allerdings nicht werden, die Vitalität des Menschen sei hier entscheidend; die Lebenserwartung eines 90jährigen Menschen könne „durchaus günstiger sein als die eines 70jährigen“.

Jüngere Menschen, die ihre Zähne nicht im Sinne „altersmäßig bedingter Abnützungserscheinungen“ (Schuchardt) verloren haben, sondern durch Unfall oder starke Karies, sind aus Gründen der „Gesunderhaltung ihres Organismus“, (Schuchardt) unbedingt prothetisch zu versorgen.

Im allgemeinen sind, wie Dolder festgestellt hat, folgende Faktoren für den Wunsch nach Zahnersatz maßgebend: die Ästhetik, ein Schuldgefühl, resultierend aus der Vernachlässigung oder auch nur vermeintlichen Vernachlässigung der natürlichen Zähne, die soziale Stellung, die ökonomischen Verhältnisse, die Prothesentradiation der Umgebung und die Bevölkerungsdichte. Speziell für die heutige Zeit ist noch ein Zwang zur Reklame für die eigene Person, ein Zeichen des Besser-gestellt-seins, feststellbar, das auch die untersten Bevölkerungsschichten ergriffen hat, obwohl die Finanzierung mit erheblichen Opfern verbunden ist.

Einer Beachtung durch den Zahnarzt wert ist auch die Tatsache, ob der Patient ein Prothesenneuling ist. Von Natur aus steht der Mensch mangels einer derartigen Erfahrung dem prothetischen Ersatz indifferent gegenüber; doch kann er schon sehr bald durch schlechte Gewohnheiten oder Schimpftiraden anderer Prothesenträger negativ beeinflusst werden; dadurch können sich — bei psychisch labilen Menschen wird dies stärker in Erscheinung treten — die Bilder der menschlichen Gebrechlichkeit, die er ja durch den Zahnverlust am eigenen Leib erfahren hat, zu einem Haßgefühl gegen die Prothese verstärken, das eine Gewöhnung stark beeinträchtigt. Kranz hat noch eine andere Möglichkeit erwogen; die Prothese kann Anlaß einer Selbsttäuschung, im positiven Sinne einer Selbstwerterhöhung sein; wird aber der vermeintliche „Betrug“ entdeckt, so kann die eigene leibliche „Insuffizienz“ nur um so mehr unterstrichen werden; eine Antipathie gegen die Ursache dieses „Lächerlich-da-stehens“ ist unausbleiblich, besonders wenn die Patienten dadurch das Opfer von Spottreden der Umgebung geworden sind.

Solchen Situationen muß der Zahnarzt gewachsen sein. Seine Aufgabe ist es, die Patienten vorsichtig, takt- und gefühlvoll auf die Prothese vorzubereiten und in deren Gebrauch zu unterweisen. Grundbedingung ist natürlich eine einwandfreie technische Herstellung. Wie die Prothese zu tragen, mit ihr zu kauen ist, muß der Patient von selbst lernen, wie Balzers sagt, aus der Wahrnehmung und Erfahrung; hieraus resultiere dann die Inkorporation, was nicht nur Übung bedeute, sondern das Lernen, „sich sowohl der zentralen Steuerung, als auch der peripheren Lenkung einzuordnen, sich in ihren Dienst zu stellen und sie schließ-

lich zu meistern“ (wobei die zentrale Steuerung die Direktion des Kauorganismus durch das Großhirn ist und die periphere Lenkung das Sich-einstellen des Kauorgans auf die von außen kommenden der Nahrungsaufnahme vorhergehenden und sie begleitenden Reize).

Im Gegensatz zu den psychisch labilen Patienten sind die psychisch starken, denen „die Widerwärtigkeiten des Lebens nicht viel anhaben können“ (Jung), wesentlich leichter zu behandeln. Doch auch diese Patienten bedürfen der Anleitung, um so schneller wird die Inkorporation herbeigeführt.

Wie jede Nachuntersuchung auf dem Gebiet der totalen Prothese zeigt, besteht auch bei Patienten, die schon früher einen totalen Zahnersatz getragen haben, die Gefahr der Ablehnung der neuen Fremdkörper. Es ist ja nicht möglich, eine in allen Punkten getreu nachgebildete Kopie anzufertigen; der Mund mit seinen feinfühligsten Organen registriert ja jede kleine Veränderung; außerdem können zu große Veränderungen an der alten Prothese und in der Mundhöhle eingetreten sein. Auch wenn nun die neuen Prothesen technisch einwandfrei hergestellt sind, werden die alten oft lieber getragen. Schuchardt erläutert dieses Problem, indem er sagt, daß Patienten „oftmals in geradezu artistischer und jeder zahnärztlichen Erfahrung hohnsprechender Weise“ ihre Nahrung mit den ihnen — liebgewordenen — „Gebissen“ zerkleinern könnten. In solchen Fällen empfiehlt er, den Patienten die Prothese nicht zu belassen.

Eine solche autoritative Maßnahme, überhaupt alle ärztlichen Maßnahmen, verlangen vom Zahnarzt eine genaue Kenntnis der Mentalität des Patienten. Dies ist auch die Voraussetzung für die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses, das für eine fruchtbare Zusammenarbeit und letztlich für den Erfolg der Behandlung unerlässlich ist. Beginnt der Patient die Richtigkeit der zahnärztlichen Maßnahmen in Zweifel zu ziehen, wird er nach einer Rechtfertigung seines Mißtrauens suchen und dabei vermeintliche Fehler entdecken. Besonders die totale Prothese bietet mit ihrem doch recht labilen Sitz — er kann ja nur durch die Mitarbeit des Patienten ausreichend gesichert werden — reichlich Gelegenheit zur Beanstandung; der Patient kann dann, wie Haake sagt, „zur Quelle unangenehmer Äußerungen werden, die weder der betreffenden Praxis noch der zahnärztlichen Tätigkeit im allgemeinen zuträglich sind“. Ist dagegen das Verhältnis Patient—Arzt getragen von echtem Vertrauen, wird auch der Erfolg nicht ausbleiben. Der Zahnarzt muß dazu natürlich Voraussetzungen erfüllen, die eine Anerkennung als Persönlichkeit durch den Patienten ermöglichen; es sind dies „Überzeugungskraft, Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen und echte Wirkung“ (Frieße); auch darf unserem Handeln nur das ärztliche Gewissen ein Leiter sein. Nur so wird es gelingen, wie Baltes sagt, „Eingang bei ihm (dem Patienten) zu finden und das Wunder zu wirken, dem Schicksal das Schicksal zu nehmen und harmonisch zu werden“.

Die Herstellung der Prothesen ist zwar ein technischer Vorgang, erfordert handwerkliche Verrichtung — wodurch auch die Prothetik von mäßig Einsichtsvollen als handwerkliche Kunst und nicht als ärztliche Behandlung deklariert

wurde —, doch muß auch im Laboratorium der Blick immer auf den Menschen im Sprechzimmer gerichtet sein. Daß eine Prothese nicht „restitutio ad integrum“ bedeuten kann, ist schon durch das Wort „Zahnersatz“ gesagt. Das Ziel ist es zwar, den Patienten ein Hilfsmittel zu geben, das, wie Kranz sagt, „nach Möglichkeit die Funktion des verlorengegangenen Organs übernimmt. Keine Prothese aber, selbst die vollkommendste Sauerbruch-Hand, erreicht dieses Ziel ganz“. Darum gibt es auch immer Mißerfolge, selbst wenn die Prothesen technisch einwandfrei hergestellt sind“; sie können die natürlichen Zähne und die geschwundenen Alveolarfortsätze nur mangelhaft ersetzen.

R. Göllert hat in seiner parallel laufenden Untersuchung Mißerfolgsquoten zusammengestellt; sie liegen nach Heintz, Kantorowicz und Strack bei 20 0/0—30 0/0; nur Köhler (0,5 0/0) und Gödde (55,9 0/0) weichen stark davon ab.

Haake hat in seiner schon erwähnten Untersuchung die Mißerfolgsquote mit 28,6 0/0 angegeben; allerdings erfaßt dieses Ergebnis alle herausnehmbaren Prothesenarten; so habe ich, um einen Vergleich mit den anderen Untersuchungen, die totale Prothesen betreffen, soweit dies möglich war, herausgezogen und eine Mißerfolgsquote von 30,8 0/0 ermittelt. Davon verteilen sich je 15,4 0/0 auf Prothesenneulinge und Erfarene. Eine Verbesserung dieses Resultats sieht Haake durch Berücksichtigung des Ganzheitlich-Menschlichen, das er als „Faktor Leben“ bezeichnet. Dies seien diejenigen rein psychologischen Beweggründe, welche die Patienten nur aus Anlaß eines sozialen Kontakts, z. B. „zum Ausgehen“, „auf der Straße“ oder „wenn Besuch kommt“, zum Tragen der Prothese zwingen, zum Kauakt jedoch überhaupt nicht Verwendung finden. Genaue Zahlen hat Haake hier nicht angegeben. Positive Erfolge stellte Haake bei 69,2 0/0 der Patienten fest; als solcher wurde gewertet, wenn der Patient im wesentlichen alles kauen konnte. Über die Herstellungsart der untersuchten Prothesen wurden keine Angaben gemacht.

„Das Ziel der Prothese ist es, einen verlorengegangenen Körperteil möglichst vollkommen zu ersetzen“ (Kranz). Auf den Zahnersatz übertragen bedeutet dies, daß er kosmetisch, kau- und sprachfunktionell die Leistungen der natürlichen Zähne weitgehend erreichen soll. Die Sprachfunktion wird dabei noch die geringste Schwierigkeit bereiten. Viel mehr Wissen, Erfahrung und ästhetisches Gefühl erfordert es aber, wie Reither in einer kürzlich veröffentlichten Untersuchung festgestellt hat, Kosmetik und Kaufunktion befriedigend zu lösen und miteinander in Einklang zu bringen. Anhaltspunkte sind dabei nur insofern gegeben, als man gezwungen ist, „die Zahnreihen unter Beachtung der Artikulationsgesetze in einen vorhandenen Rahmen typusgemäß einzufügen“. Der „vorhandene Rahmen“ sind die Konturen des Mundes, „typusgemäß“ bezieht sich auf die Physiognomie im Ganzen; beide sollen ihre ursprüngliche Wirkung durch die Prothese nicht verlieren; das bedeutet, daß die künstlichen Zähne die Relationen von den natürlichen Zähnen zu Mund und Physiognomie möglichst wiederherstellen soll. Dies läßt sich aber nicht berechnen, durch allgemein gültige

Regeln festlegen wie Artikulationsgesetze, es ist nur fühlbar; wie Reither sagt, „basiert die eine Arbeitskomponente auf Meßbarem, Konstruierbarem, Lehrbarem und Erlernbarem, die andere hingegen ist nur zu empfinden, zu demonstrieren und nachzuempfehlen“. Während aber die physiognomisch bedingte Forderung für die Frontzähne lautet, natürliche und künstliche Zähne müßten möglichst ähnlich in Farbe, Form und Stellung sein, können nach H. van Thiel die natürlichen und künstlichen Artikulationsverhältnisse nicht ohne weiteres von einander übernommen werden. Dadurch kann zwischen Frontzahnaufstellung und Molarenaufstellung eine Diskrepanz entstehen, die dann zugunsten der Artikulation ausgeglichen werden muß.

Die Beachtung aller Gesetzmäßigkeiten, denen die Prothesen in ihren Funktionen unterworfen sind, bilden die Voraussetzung für eine weitgehend störungsfreie Einlagerung derselben in das biologische Milieu des Mundes. Über ihren effektiven Wert aber entscheidet der Patient, indem er entweder gewillt ist, die Prothese anzunehmen, oder nicht. So gesehen ist, um mit W. Wild zu sprechen, „die Aufgabe zwar außerordentlich komplex, und dadurch schwer; sie ist aber auch aller Mühe wert, geht es doch um die Aufwertung des ganzen Menschen. So aufgefaßt wird die Aufgabe eine wirklich ärztliche im besten Sinne des Wortes“.

Die Prothesen, die in den Jahren 1944—1951 in der prothetischen Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München angefertigt wurden, sind nach der Methode von K. Falck und vor 1949 nach der Aufstellung von Gysi mit Spee'scher Kurve hergestellt:

Die Prothesen wurden nach folgenden Gesichtspunkten hergestellt:

1. Analyse des einzelnen Behandlungsfalles — dann erst Synthese (Therapie)

2. Anatomischer Abdruck (Situationsabdruck)

Feststellung der Ah-Linie mittels Nasen-Blas-Effekt)

Funktioneller Gipsabdruck (Bewegungsabdruck — Wustrow)

Perforierter individueller Löffel — vestibulärer Wachswall — wird mit weichem Abdruckgips beschickt.

Randgestaltung entweder durch aktive oder passive Bewegung der Wangen-, Lippen- und Mundbodenmuskulatur. Im Unterkiefer peinlichst genaue Löffelherstellung. Vor der Herstellung des Situationsabdruckes ist der Löffel so herzurichten, daß die Fovea retromylohoidea wiedergegeben wird (Anbringung von Flügelfortsätzen). Beachtung des Ansatzes und der Funktion der Wangen-, Lippen-, Zungen- und Mundbodenmuskulatur durch zweckentsprechende und geeignete Aussparung bzw. Extension des individuellen Löffels und daher der späteren Prothesenbasis.

3. Bißnahme. „Die Bißnahme bezweckt die drucklose Bestimmung des Lageverhältnisses der Kiefer zueinander bei einer bestimmten Bißhöhe“.

„Die Ermittlung und Festlegung der „richtigen“ Lagebeziehung der Kiefer zueinander ist mit der wichtigste Schritt für Kosmetik, Phonetik und Funktion des Totalersatzes“.

Anpassen der Bißschablonen auf dem Arbeitsmodell übereinstimmend mit den Grenzen der späteren Prothese.

Bißwälle aus plastischer Masse (Stents) mit dünnem Schwarzwachstreifen zur späteren Fixierung der Bißwälle.

Wall an der Unterkieferfront schmal und etwas zurückgesetzt (sonst dicke Unterlippe)

Die Bißwälle sollen so gestaltet sein, daß bei der Schlußbißstellung die Kraftlinien durch die Kammitten gehen.

Unterkieferwall nach hinten ansteigend.

„Der nach hinten ansteigende Bißwall zwingt den Patienten in die Zentralokklusion“.

Die Bestimmung der Bißhöhe nach kaufunktionellen, phonetischen und kosmetischen Gesichtspunkten. Bei früheren Prothesenträgern soll man möglichst die ursprüngliche Bißhöhe beibehalten.

„Im allgemeinen ist kaufunktionell betrachtet die Bißhöhe dann richtig, wenn man bei der Zentralokklusion durch Einlegen der Fingerkuppen in den äußeren Gehörgang die Gelenkköpfe tasten kann“.

Sprachliche Prüfung — man läßt den Patienten zählen. Beim Sprechen müssen sich die Bißwälle mindestens 5 mm voneinander entfernen.

Kosmetische Prüfung bei geschlossenem Mund.

Die Lippen dürfen sich nicht breit, sondern nur linienförmig berühren. Beiseitigen der ausgeprägten Nasolabialfalte.

Nach Bestimmung der Bißhöhe Kürzung eines Walles um 1—2 mm, Zwischenlage einer dünnen Schwarzwachsschicht und drucklose Einnahme der Schlußbißstellung. Darauf Einzeichnung der 4 Hilfslinien:

Mittellinie

Lachlinie

Eckzahnlinie

Lippenschlußlinie

4. Aufstellung: *Falck*. Die Aufstellung im Okkludator genügt. „Die Aufrechterhaltung des Haltevermögens ist weitgehend von der Aufstellung der Zähne abhängig“. Auf dem Sockel der Modelle einzeichnen der Parallelen zum Verlauf des Kieferkammes. Verlängerung der Linie auf dem Kamm des Ober- und Unterkiefers auf den dorsalen Teil der Modelle.

Aufstellen der beiden oberen und unteren Schneidezähne entsprechend der Lippenschlußlinie in der richtigen Höhe. Darauf wird die Oberkieferschablone aus dem Modell entfernt und der Unterkiefer fertig aufgestellt. Nachdem die vier unteren Schneidezähne in einer Geraden aufgestellt sind, kommt es mit dem Eckzahn zur Richtungsänderung. „Die Schneiden der Eckzähne verlaufen in der Richtung der eingezeichneten Kammitte“.

Die Praemolaren und Molaren werden entsprechend den sagittalen und horizontalen Kompensationskurven und unter Beachtung des Kraftliniengesetzes (die Kraftlinien der Kaueinheiten verlaufen durch die Mitten der Kieferkämme) aufgestellt. Die sagittale Kompensationskurve steigt gleichmäßig vom Eckzahn beginnend bis zum letzten Molaren an.

Aufstellen der Praemolaren und Molaren des Oberkiefers. Zuletzt aufstellen der Oberkieferfrontzähne.

Um das wichtige Kraft- bzw. Kammliniengesetz auch immer verwirklichen zu können, muß man sich öfters der Kreuzbißaufstellung bedienen.

Die horizontale und die sagittale Schneidezahnführung lassen gewisse Freiheiten zu, die vertikale Schneidezahnführung ist von der Gelenkbahnneigung und der Tiefe der Kompensationskurve abhängig. „Bei einer flachen Kurve muß der vertikale Schneidezahnüberbiß gering sein oder ganz wegfallen. Bei tiefer Kurve kann er etwas größer werden“.

Gysi/Spee. Die Aufstellung wurde im Gysi-simplex oder Hanau-Artikulator vorgenommen.

Übertragen der vier Frontzahnhilfslinien und verlängern der Kammittenlinien (je 1 für durchschnittlichen Kammittenverlauf rechts und links im Seitenzahn-bereich und 1 im Frontzahnbereich) auf die Sockel der Modelle. Entfernen einer Hälfte des Bißwalles von der Mittellinie bis in die Gegend des 2. Molaren, um Frontzahnaufstellung ohne Führungsstift tätigen zu können. Aufstellen der Oberkieferzähne mit Richtbrettchen unter Berücksichtigung der sagittalen und horizontalen Kompensationskurve mit Spee'scher Kurve. Tiefster Punkt ist der mesio-palatinale Höcker des 1. Molaren.

Im Unterkiefer aufstellen des 1. Molaren, dann die Praemolaren und Eckzahn unter jeweiliger Kontrolle des Seitbisses; es folgen die Frontzähne und der 2. Molar.

Analog wird mit der anderen Prothesenhälfte verfahren.

5. Einsetzen der Prothesen. Beim Einsetzen der Prothesen werden die Zähne mit Steinchen und Karborundpulver eingeschliffen.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN:

Die Patienten wurden erfaßt aus den Stammbüchern der prothetischen Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München der Jahrgänge 1944 mit 1951. Die Nachuntersuchungen am Patienten wurden vorgenommen in den Monaten Mai bis September 1955.

Zu den Nachuntersuchungen sind insgesamt 817 Patienten gebeten worden. Davon gingen Rückantworten von 181 Patienten ein, die verstorben, durch Krankheit verhindert oder unbekannt verzogen waren. Erschienen sind 234 Patienten. Davon konnten weitere 22 Patienten nicht berücksichtigt werden, da diese Patienten ihre Klinikprothesen nicht mitgebracht hatten oder diese gerade gebrochen waren und somit kein einwandfreier Befund erhoben werden konnte. Untersucht und bewertet werden konnten 212 Patienten.

Gebeten	817 Patienten (100 %)
Abgesagt	181 „ (22,1 %)
Erschienen	234 „ (28,6 %)
Untersucht	212 „ (26,2 %)

Als Wertungsgrundlage dienten 212 Patienten = 100 %.

Aufgliederung nach Geschlecht:

	Männlich	davon zufrieden	Weiblich	davon zufrieden
1946	1 (33,3%)	1 (100%)	2 (66,7%)	—
1947	5 (35,7%)	4 (80,0%)	9 (64,3%)	4 (44,4%)
1948	17 (39,5%)	10 (58,8%)	26 (60,5%)	14 (53,8%)
1949	16 (44,4%)	13 (81,2%)	20 (55,6%)	16 (80,0%)
1950	16 (40,0%)	9 (56,2%)	24 (60,0%)	19 (79,2%)
1951	27 (35,5%)	20 (74,2%)	49 (64,5%)	37 (75,5%)
	82 (38,7%)	57 (69,5%)	130 (61,3%)	90 (69,2%)

Einteilung nach Altersgruppen:

	unt. 50 J.	50—60 J.	60—70 J.	70—80 J.	Keine Ang.
1946	—	1 (33,3%)	2 (66,7%)	—	—
zufr.	—	—	1 (50,0%)	—	—
1947	3 (21,4%)	2 (14,3%)	6 (42,9%)	3 (21,4%)	—
zufr.	1 (33,3%)	2 (100%)	4 (66,7%)	1 (33,3%)	—
1948	2 (4,7%)	12 (28,1%)	20 (46,5%)	9 (20,9%)	—
zufr.	2 (100%)	5 (41,7%)	12 (60,0%)	5 (55,5%)	—

1949	2 (5,5 ⁰ /o)	14 (38,9 ⁰ /o)	16 (44,4 ⁰ /o)	4 (11,1 ⁰ /o)	—
zufr.	1 (50,0 ⁰ /o)	13 (92,9 ⁰ /o)	12 (75,0 ⁰ /o)	3 (75,0 ⁰ /o)	—
1950	2 (5 ⁰ /o)	9 (22,5 ⁰ /o)	22 (55,0 ⁰ /o)	6 (15,0 ⁰ /o)	1 (2,5 ⁰ /o)
zufr.	1 (50 ⁰ /o)	5 (55,5 ⁰ /o)	16 (72,7 ⁰ /o)	5 (83,3 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)
1951	3 (3,9 ⁰ /o)	10 (13,2 ⁰ /o)	28 (36,9 ⁰ /o)	21 (27,6 ⁰ /o)	14 (18,4 ⁰ /o)
zufr.	3 (100 ⁰ /o)	8 (80,0 ⁰ /o)	22 (78,6 ⁰ /o)	16 (76,2 ⁰ /o)	8 (57,1 ⁰ /o)
gesamt	12 (5,7 ⁰ /o)	48 (22,6 ⁰ /o)	94 (44,3 ⁰ /o)	43 (20,5 ⁰ /o)	15 (7,1 ⁰ /o)
zufr.	8 (66,7 ⁰ /o)	33 (68,5 ⁰ /o)	67 (71,5 ⁰ /o)	30 (66,7 ⁰ /o)	9 (60,0 ⁰ /o)

Einteilung nach Berufsgruppen:

Männlich:

	Arbeiter	Angestellter	Beamter	Handwerker
1946	—	—	1 (100 ⁰ /o)	—
zufr.	—	—	1 (100 ⁰ /o)	—
1947	1 (7,1 ⁰ /o)	—	2 (14,3 ⁰ /o)	—
zufr.	1 (100 ⁰ /o)	—	2 (100 ⁰ /o)	—
1948	2 (4,7 ⁰ /o)	3 (6,9 ⁰ /o)	1 (2,3 ⁰ /o)	7 (16,3 ⁰ /o)
zufr.	2 (100 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	—	3 (42,9 ⁰ /o)
1949	2 (5,5 ⁰ /o)	3 (8,3 ⁰ /o)	2 (5,5 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)
zufr.	1 (50 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)
1950	—	3 (7,5 ⁰ /o)	—	3 (7,5 ⁰ /o)
zufr.	—	3 (100 ⁰ /o)	—	1 (33,3 ⁰ /o)
1951	6 (7,9 ⁰ /o)	2 (2,6 ⁰ /o)	—	4 (5,2 ⁰ /o)
zufr.	2 (33,3 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)	—	3 (75 ⁰ /o)
gesamt	11 (5,3 ⁰ /o)	11 (5,3 ⁰ /o)	6 (2,9 ⁰ /o)	15 (7,1 ⁰ /o)
zufr.	6 (54,5 ⁰ /o)	9 (81,8 ⁰ /o)	5 (83,3 ⁰ /o)	8 (53,3 ⁰ /o)

	Geschäftsm.	Freiberufl.	Pensionist	keine Ang.
1946	—	—	—	—
zufr.	—	—	—	—
1947	1 (7,1 ⁰ /o)	—	—	1 (7,1 ⁰ /o)
zufr.	1 (100 ⁰ /o)	—	—	—
1948	—	1 (2,3 ⁰ /o)	1 (2,3 ⁰ /o)	2 (4,6 ⁰ /o)
zufr.	—	1 (100 ⁰ /o)	—	2 (100 ⁰ /o)
1949	—	3 (8,3 ⁰ /o)	4 (11,1 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)
zufr.	—	2 (66,7 ⁰ /o)	4 (100 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)

1950	—	1 (2,5 ⁰ /o)	8 (20 ⁰ /o)	1 (2,5 ⁰ /o)
zufr.	—	1 (100 ⁰ /o)	3 (37,5 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)
1951	2 (2,6 ⁰ /o)	5 (6,5 ⁰ /o)	6 (7,9 ⁰ /o)	2 (2,6 ⁰ /o)
zufr.	2 (100 ⁰ /o)	3 (60 ⁰ /o)	6 (100 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)
	3 (1,4 ⁰ /o)	10 (4,7 ⁰ /o)	19 (8,9 ⁰ /o)	7 (3,4 ⁰ /o)
zufr.	3 (100 ⁰ /o)	7 (70 ⁰ /o)	13 (68,5 ⁰ /o)	6 (85,7 ⁰ /o)

Weiblich:

	Hausfrau	Bedienstet	Angestellt	Pensionist	keine Ang.
1946	2 (66,7 ⁰ /o)	—	—	—	—
zufr.	—	—	—	—	—
1947	6 (42,9 ⁰ /o)	2 (14,3 ⁰ /o)	—	—	1 (7,1 ⁰ /o)
zufr.	4 (66,7 ⁰ /o)	—	—	—	—
1948	19 (44,2 ⁰ /o)	1 (2,3 ⁰ /o)	—	—	6 (13,9 ⁰ /o)
zufr.	11 (57,8 ⁰ /o)	—	—	—	3 (50 ⁰ /o)
1949	16 (44,4 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)	2 (5,5 ⁰ /o)	—	1 (2,8 ⁰ /o)
zufr.	12 (75 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)	—	1 (100 ⁰ /o)
1950	16 (40 ⁰ /o)	—	—	7 (17,5 ⁰ /o)	1 (2,5 ⁰ /o)
zufr.	13 (81,2 ⁰ /o)	—	—	5 (71,4 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)
1951	44 (57,9 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	2 (2,6 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)
zufr.	34 (77,3 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)	1 (50 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)	—
	103 (48,6 ⁰ /o)	5 (2,3 ⁰ /o)	4 (1,9 ⁰ /o)	8 (3,8 ⁰ /o)	10 (4,7 ⁰ /o)
zufr.	74 (71,8 ⁰ /o)	2 (40 ⁰ /o)	3 (75 ⁰ /o)	6 (75 ⁰ /o)	5 (50 ⁰ /o)

Im folgenden sollen die einzelnen Jahrgänge wegen der größeren Übersicht getrennt untersucht werden.

JAHRGÄNGE 1944 und 1945

Aus den Jahrgängen 1944 und 1945 wurden insgesamt 12 Patienten zur Nachuntersuchung gebeten; davon ist kein Patient erschienen. Wir erhielten 5 Rückantworten, nach denen ein Patient schon 1950 gestorben ist und 4 Patienten durch die Post unauffindbar waren. Die Zahl der gebetenen Patienten schließt, wie auch in den folgenden Jahrgängen, die 1869 und früher geborenen Patienten aus; die Wahrscheinlichkeit des Erscheinens dieser Altersgruppe wäre zu gering gewesen.

JAHRGANG 1946

Aus dem Jahre 1946 wurden 4 Patienten zur Nachuntersuchung gebeten. Davon sind 3 Patienten (75%) erschienen.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: Von den erschienenen Patienten hatten alle schon früher eine totale obere und untere Prothese getragen. 2 Patienten waren damit aus kaufunktionellen Gründen nicht zufrieden gewesen. Ein Patient hatte seine Prothesen wegen Defekt verloren.

Die neuen Prothesen benützten ein Patient (33,3%) als Kau- und Schauprothese, ein Patient (33,3%) als Schauprothese und ein Patient (33,3%) als Kauprothese.

Dabei wurde als *Kau- und Schauprothese bezeichnet*, wenn der Patient Ober- und Unterkieferprothese zu allen kaufunktionellen, sprachlichen und kosmetischen Funktionen im Munde trägt. Als *Schauprothese* wurde bezeichnet, wenn die Prothesen zu allen Funktionen mit Ausnahme der Kaufunktion in Benützung sind. Als *Kauprothese* wurde bezeichnet, wenn die Prothesen nur zum Kauakt verwendet werden.

Druckstellen: Alle Patienten hatten Druckstellen. 2 Patienten hatten nur Anfangsdruckstellen, die nach höchstens 3 Sitzungen beseitigt waren. Im 3. Falle konnte nichts unternommen werden, da der Patient nach Eingliederung der Prothesen nicht mehr erschienen ist.

Die Lokalisation der Druckstellen war bei allen Patienten das Molarengebiet des Unterkiefers. Außerdem hatte noch ein Patient geringfügige Druckstellen über dem Oberkiefer verstreut; ein weiterer Patient klagte über ausgedehnte Schmerzen an der linken Unterkieferhälfte, jedoch nur beim Kauakt.

Druckstellen	3 Patienten = 100 %
Anfangsdruckstellen	2 Patienten = 66,7 %
Dauerdruckstellen	1 Patient = 33,3 %
Lokalisation: Unterkiefer	3 Patienten = 100 %
Molarengebiet	2 Patienten = 66,7 %
insgesamt	1 Patient = 33,3 %
Oberkiefer	1 Patient = 33,3 %

Reparaturen wurden nur einmal vorgenommen, es wurde ein Zahn ersetzt. Eine *Unterfütterung* wurde nicht gemacht. Als *Beschönerung* wurde in einem Falle eine Zinnbasis verwendet.

Klagen der Patienten: 2 Patienten hatten Klagen über ihre Prothesen vorzubringen, 1 Patient war mit der Kaufunktion nicht zufrieden und 1 Patient mit der Kosmetik.

Subjektive Zufriedenheit: Die Zufriedenheit der Patienten gliederte sich wie folgt:

Mit Prothesen zufrieden	1 Patient (33,3 %)
Mit Prothesen teilweise zufrieden	1 Patient (33,3 %)
Mit 1 Prothese zufrieden	1 Patient (33,3 %)

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer: Die Gaumenverhältnisse waren bei den 3 Patienten verschieden; 1 Patient hatte einen hohen, 1 Patient einen niederen und 1 Patient einen ausgesprochenen flachen Gaumen. Dagegen waren die Tubera bei allen Patienten gut ausgeprägt. Unter-sich-gehende Stellen wiesen nur die Kiefer von 1 Patienten auf. Die Kieferkämme waren bei 1 Patienten hoch und rund, bei 1 hoch und spitz und bei 1 nieder und spitz. Die paratubären Räume waren bei allen Patienten gut ausgeprägt, die Fovea mylohyoidea nur bei 2. Ebenfalls 2 Patienten hatten einen hervortretenden Torus.

Gaumen und Kiefer gut,	1 Patient (33,3 %)
befriedigend	2 Patienten (66,7 %)

Weichteile: Der Ansatz des Zungenbandes war bei 2 Patienten hoch am Kamm, bei 1 Patienten tief. Desgleichen war auch die Lage des Mundbodens bei 2 Patienten hoch und bei 1 Patienten tief. 2 Patienten hatten ein ruhiges und 1 Patient ein nervöses Zungenspiel. Die Ansätze der Wangen und Lippen waren bei allen Patienten hoch am Kamm, der Tonus locker.

Die Mundschleimhaut war bei 1 Patienten straff und gut durchblutet, bei 1 Patienten straff und schlecht durchblutet und bei 1 Patienten locker und gut durchblutet.

Weichteile gut	1 Patient (33,3 %)
befriedigend	1 Patient (33,3 %)
ungünstig	1 Patient (33,3 %)

Speichel: Der Speichel war in allen 3 Fällen reichlich vorhanden und seromucös.

Bißverhältnisse: Der Biß war in 2 Fällen orthognath, in 1 Falle progn (sekundäre Progenie).

Zusammenfassung des Mundbefundes:

Befund günstig	1 Patient (33,3 %)
befriedigend	2 Patienten (66,7 %)

III. Therapie:

Basisgestaltung: Die Gestaltung der Oberkieferprothesenbasis war nicht günstig. Der Ventilrand war an 1 Prothese genügend ausgearbeitet, an 2 ungenügend.

Die Ausdehnung der Platte und die distale Abdämmung waren in 2 Fällen günstig und in 1 Falle ungünstig gestaltet. Von den 2 Patienten mit hervorstechendem Torus hatte 1 Patient eine genügend und 1 Patient eine ungenügend entlastete Prothese. Von den Patienten mit ausgeprägten Tubera hatten 1 Patient gut, 1 Patient schlecht und 1 Patient nicht umfaßte Tubera.

An zusätzlichen Verankerungen war bei 2 Patienten eine Saugkammer angebracht.

Die Gestaltung der Unterkieferprothesenbasis mit der Aussparung von Muskel- und Bänderansätzen war in einem Falle gut und in 2 Fällen schlecht ausgeführt.

Basisgestaltung gut	0 Patient
befriedigend	2 Patienten = 66,7 %
unbefriedigend	1 Patient = 33,3 %

Aufstellung der Zähne: 2 Patienten hatten Prothesen mit Spee'scher Kurve, bei 1 Patient konnte nicht mehr festgestellt werden, nach welcher Art die Zähne aufgestellt waren.

Aufstellung der Frontzähne: Die Frontzähne waren in allen 3 Fällen auf den Kamm gestellt und nicht invertiert. 1 Patient hatte zu schwachen Überbiß und 1 Patient Kopfbißaufstellung. Die Größe der Frontzähne war in allen 3 Fällen gut ausgewählt.

Aufstellung der Molaren: Bei der Aufstellung der Molaren waren in 1 Falle die Kompensationskurven berücksichtigt, in 2 Fällen nicht. Die intermaxillären Verbindungslinien waren in 2 Fällen berücksichtigt, in 1 Falle nur teilweise. Die Bißhöhe war bei 1 Patienten zu hoch, bei 1 zu niedrig und bei 1 gut.

Aufstellung der Zähne gut	1 Patient = 33,3 %
befriedigend	2 Patienten = 66,7 %

Funktion der Prothesen: Die Form der ausgewählten Zähne war in 1 Falle nicht dem Gesicht entsprechend. Das Höckerbild der Zähne war nur bei 1 Patient gut eingeschliffen. Die Okklusion und Artikulation war bei 1 Patienten befriedigend, bei 2 Patienten unbefriedigend. In beiden unbefriedigenden Fällen trafen einmal Bißsenkungen durch Abrasion der Zähne und Resorption der Kieferkämme und einmal ein offener Biß durch Abrasion der Frontzähne verbunden mit einer sekundären Progenie auf. Die Sprachfunktion war bei 2 Patienten gut und bei 1 Patienten befriedigend.

Funktion gut	0 Patienten
befriedigend	1 Patient = 33,3 %
unbefriedigend	2 Patienten = 66,7 %

Material der Prothesen: Das Basismaterial war bei allen 3 Patienten Paladon, das gut polymerisiert war und sich noch in gutem Zustand befand.

Die Zähne waren bei allen Patienten im Unterkiefer aus Porzellan. Der Oberkiefer war bei 1 Patienten ebenfalls ganz in Porzellan aufgestellt; in 2 Fällen waren die Frontzähne aus Kunststoff und die Molaren aus Porzellan; die Kunststoffzähne waren sehr stark abgekaut; die Porzellanzähne waren, mit Ausnahme des ungünstigen Einschleifens, nur wenig abradiert.

Zusammenfassung der Therapie:

Therapie gut	0 Patienten	
befriedigend	1 Patient	= 33,3 %
unbefriedigend	2 Patienten	= 66,7 %

IV. Gewöhnung:

Alle Patienten hatten schon früher einmal einen totalen oberen und unteren Ersatz getragen. Davon konnten sich 2 Patienten, die auch schon mit den alten Prothesen nicht zufrieden waren, auch an die neuen Prothesen nicht gewöhnen. Zu berücksichtigen ist dabei aber, daß diese Prothesen sehr unbefriedigend hergestellt worden sind. 1 Patient war mit seinen alten Prothesen gut zurecht gekommen, er hatte sich auch gut (nach Entfernen der Anfangsdruckstellen) an seine neuen Prothesen gewöhnt.

V. Die häufigsten Fehler:

Die häufigsten Mängel nach subjektiver Beurteilung waren die Druckstellen, die bei 100 % der Patienten aufgetreten sind; es folgten die mangelhafte Kaufunktion und die unbefriedigende Kosmetik bei je 33,3 % der Patienten.

Die häufigsten bei objektiver Betrachtung festgestellten Fehler lagen in der Basisgestaltung und der Funktion der Prothesen; hierbei wurde keine gute Arbeit eingegliedert. Im Einzelnen hatten 100 % der Patienten eine ungenügende Okklusion und Artikulation; es folgten bei je 66,7 % der Patienten Mängel am Ventillrand, der Tuberaumfassung, der Basis der Unterkieferprothese und beim Einschleifen der Zähne. Je 33,3 % der Patienten hatten Prothesen mit Fehlern an der Ausdehnung und der distalen Abdämmung, der Torusentlastung und mit Mängeln in der Sprachfunktion. Bei der Aufstellung der Zähne waren 66,7 % der Prothesen mit Fehlern behaftet. Die Mängel waren im Einzelnen: Kompensationskurven und Bißhöhe bei je 66,7 % der Patienten, intermaxilläre Verbindungslinien bei 33,3 %.

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Die Zufriedenheit der Patienten war analog dem Behandlungserfolg. Der zufriedene Patient hatte eine befriedigend hergestellte Prothese, die nur geringe Mängel aufwies. Die beiden unzufriedenen Patienten hatten dagegen unbefriedigend hergestellte Prothesen.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Der Patient mit dem günstigen Mundbefund hatte einen schlechten Behandlungserfolg. Die Fehler lagen vor allem in der Okklusion und Artikulation und der Basisgestaltung der Unterkieferprothese. Darum hatte auch der Patient seine Unterkieferprothese nicht in Gebrauch.

Von den beiden Patienten mit befriedigendem Mundbefund hatte 1 Patient einen befriedigenden Behandlungserfolg. Der 2. Patient hatte unbefriedigenden Behandlungserfolg. Der Mißerfolg lag auch hier an der ungenügenden Okklusion und Artikulation.

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Der Patient mit günstigem Mundbefund war mit seiner Prothese subjektiv nicht zufrieden. Von den Patienten mit befriedigendem Mundbefund war 1 Patient zufrieden und 1 Patient nicht.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Falk: Kein Patient

Mit Spee'scher Kurve: 2 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 2 Patienten (100 %)

dabei sind aufgetreten:

Bißsenkung 1 Patient (50 %)

Offener Biß 1 Patient (50 %)

Abrasion 2 Patienten (100 %)

Resorption der Kiefer 2 Patienten (100 %)

Nicht feststellbare Aufstellungsart: 1 Patient

Die Mängel waren: Abrasion, sekundäre Progenie.

Die obige Aufstellung wirkt natürlich paradox. Sie ist nur möglich durch die kleine Zahl der Patienten und wurde zum Aufzeigen der Ausführung der späteren Jahrgänge gemacht. Die Vielzahl der Kombinationsmöglichkeiten empfiehlt ein getrenntes Anführen der Mängel.

J A H R G A N G 1947

Aus dem Jahrgang 1947 sind 58 Patienten zu den Nachuntersuchungen gebeten worden. Davon sind 16 Patienten erschienen, während von 7 Patienten Rückantworten wegen Todesfall, Krankheit oder Umzug eingingen.

Gebeten 58 Patienten (100 %)

Erschienen 16 Patienten (27,6 %)

Abgesagt 7 Patienten (12,1 %)

Von diesen 16 Patienten konnten aber 2 nicht bewertet werden, da sie ihre Klinikprothesen nicht mitgebracht hatten, 1 Patient hatte sich in freier Praxis eine neue Prothese anfertigen lassen und der 2. Patient hatte seine Prothesen, die er nie getragen hat, zuhause gelassen. Es wurden also nur 14 Patienten untersucht, das sind 24,2 % der gebetenen Patienten.

Als künftige Wertungsgrundlage = 100 % dienen 14 Patienten.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: Von den 14 zu untersuchenden Patienten hatten 5 (35,7 %) schon früher einmal Prothesen getragen und zwar alle eine totale obere und untere Prothese. Die alten Prothesen waren nicht mehr in Gebrauch wegen Defekt, aus kaufunktionellen Gründen und bei 3 Patienten aus kaufunktionellen und sprachlichen Gründen.

Die neuen Prothesen waren in Gebrauch als:

Kau- und Schauprothese	8 Patienten = 57,1 %
Schauprothese	1 Patient = 7,1 %
nur einer Prothese	5 Patienten = 35,7 %

Von den 5 Patienten, die nur 1 Prothese in Gebrauch hatten, trugen 4 nur die Oberkieferprothese und 1 nur die Unterkieferprothese.

Druckstellen:

Keine Druckstellen	3 Patienten = 21,4 %
mit Druckstellen	11 Patienten = 78,6 %
Anfangsdruckstellen	
bis zu 3 Sitzungen	4 Patienten = 28,5 %
Dauerdruckstellen	
mehr als 3 Sitzungen	3 Patienten = 21,4 %
Nicht beseitigte Druckstellen	4 Patienten = 28,5 %

Zu den Anfangsdruckstellen bis zu 3 Sitzungen wurde auch ein Patient gerechnet, dessen Druckstellen nach einiger Zeit von selbst vergangen sind.

Bei den Dauerdruckstellen mit mehr als 3 Sitzungen waren in 1 Falle 5, im anderen Falle 10 Sitzungen notwendig; 1 Patient gab „oft“ an.

Die nichtbeseitigten Druckstellen bezogen sich alle auf die Unterkieferprothese, die die Patienten nach einigen Versuchen aus dem Munde ließen.

Nach Lokalisation: (11 Patienten = 100 %)

Druckstellen im Unterkiefer	9 Patienten = 81,8 %
Davon im: Eckzahngebiet	3 Patienten = 27,3 %
Seitenzahngebiet	1 Patient = 9,1 %
nur lingual	2 Patienten = 18,2 %
Insgesamt	3 Patienten = 27,3 %

Druckstellen im Oberkiefer	4 Patienten = 36,4 %
Davon im: Eckzahngebiet	1 Patient = 9,1 %
Gebiet d. Proc.cygom.	1 Patient = 9,1 %
insgesamt	2 Patienten = 18,2 %

Die größere Zahl der Druckstellen im Vergleich zur Zahl der Patienten, die Druckstellen aufwiesen, kommt daher, daß einzelne Patienten solche an mehreren Orten gleichzeitig haben konnten.

Reparaturen wurden nur einmal ausgeführt; es wurde an einer Prothese ein Zahn ersetzt. *Unterfütterung* wurde keine gemacht. Zur *Beschwerung* wurde bei 1 Patienten eine Zinnbasis angebracht. *Haftpulver* verwendete kein Patient.

Klagen der Patienten:

Patienten ohne Klagen	7 = 50 %
Patienten mit Klagen	7 = 50 %
Klagen über: einzelne Funktionen	5 Patienten = 35,7 %
mehrere Funktionen	2 Patienten = 14,3 %

Im Einzelnen verteilen sich die Klagen auf:

Kaufunktion	7 Patienten = 50 %
Sprachfunktion	5 Patienten = 35,7 %
Saugkraft der Oberkieferprothese	3 Patienten = 21,4 %
Hochsteigen der Unterkieferprothese	2 Patienten = 14,3 %
Kosmetik	1 Patient = 7,1 %

Zu den Klagen der Patienten wurden auch jene Klagen von Patienten gezählt, die die Patienten nicht oder nur in geringer Weise belästigten, die also mit ihren Prothesen sehr gut zufrieden waren und nur Vereinzelt als Belästigung angaben.

Subjektive Zufriedenheit: Eine Zusammenfassung der Anamnese ergab, daß 7 Patienten mit ihren Prothesen zufrieden waren. Davon trugen 3 Patienten ihre Prothesen ohne jegliche Beschwerde und 3 Patienten hatten nur geringe Anfangsdruckstellen. 1 Patient hatte anfänglich sehr starke Beschwerden durch Druckstellen und Störungen in der Kau- und Sprachfunktion; nach 3 Jahren waren die Mängel behoben und der Patient war ebenfalls zufrieden. 1 Patient war nur bedingt zufrieden, er hatte geringe Störungen in der Kaufunktion, doch trug er seine Prothesen in allen Funktionen.

Ein Patient war nur teilweise zufrieden, da die Unterkieferprothese beim Kauakt immer hochstieg und auch vereinzelt im Frontzahngebiet noch Druckstellen hervorrief; er benützte deshalb seine Prothese nur als Schauprothese.

5 Patienten waren nur mit einer Prothese zufrieden, davon 4 mit der Oberkieferprothese und 1 mit der Unterkieferprothese. Der Grund der Unzufriedenheit waren häufige, nicht zu beseitigende Druckstellen, Abklappen und Hochsteigen der Prothesen und dadurch Kau- und Sprachstörungen.

Mit Prothese zufrieden	7 Patienten = 50 %
Mit Prothese bedingt zufrieden	1 Patient = 7,1 %
Mit Prothese teilweise zufrieden	1 Patient = 7,1 %
Mit 1 Prothese zufrieden	5 Patienten = 35,7 %

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer:

Gaumen:		Tubera:	Unter-sich-gehende Stellen:
Hoch	4 (28,5 %)	ausgeprägt 7 (50 %)	ausgebild. 7 (50 %)
Nieder	6 (42,9 %)	unterschiedl. —	nicht ausgebild. 7 (50 %)
Flach	4 (28,5 %)	nicht ausge. 7 (50 %)	

Paratübärer Raum:		Fovea mylohyoidea:	Torus:
ausgeprägt:	10 (71,4 %)	ausgeprägt: 11 (78,6 %)	ausgeprägt: 9 (64,3 %)
nicht ausge.:	4 (28,5 %)	nicht ausge.:	nicht ausge.:
		3 (21,4 %)	5 (35,7 %)

Kieferkämme:

	hoch-rund	hoch-spitz	nieder-rund
	8 (57,1 %)	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)

Paratübärer Raum:	Fovea mylohyoidea:	Torus:
ausgeprägt:	10 (71,4 %)	11 (78,6 %)
nicht ausgeprägt:	4 (28,5 %)	3 (21,3 %)
		9 (64,3 %)
		5 (35,7 %)

Bei 4 Patienten waren Schlotterkämme vorhanden, bei 3 Patienten nur im Frontzahnbereich des Oberkiefers und bei 1 Patienten im gesamten Kieferbereich.

In der Zusammenfassung ergibt sich:

Kiefer gut	5 Patienten (35,7 %)
befriedigend	7 Patienten (50 %)
ungünstig	2 Patienten (14,3 %)

Weichteile:

Zunge

Ansatz Zungenband:	Lage Mundboden:	Größe:	Zungenspiel:
hoch: 11 (78,6 %)	10 (71,4 %)	klein: 1 (7,1 %)	ruhig: 9 (64,3 %)
tief: 3 (21,3 %)	4 (28,5 %)	groß: 13 (92,9 %)	nervös: 5 (35,7 %)

Wangen

Ansatz der Wangen:	Tonus:
hoch: 10 (71,4 %)	locker: 14 (100 %)
unterschiedlich: 2 (14,3 %)	straff: —
tief: 2 (14,3 %)	

Lippen

Ansatz Lippen:	Länge:	Tonus:
hoch: 8 (57,1 %)	lang: 2 (14,3 %)	locker: 14 (100 %)
unterschiedlich: 2 (14,3 %)	kurz: 1 (7,1 %)	straff: —
tief: 4 (28,5 %)	normal: 11 (78,6 %)	

Schleimhaut

Locker	straff	gut durchblutet	schlecht durchblutet
4 (28,5 %)	10 (71,4 %)	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)

Bei den Ansätzen von Zunge, Wange und Lippen bezieht sich das Hoch oder Tief immer zur Kieferkammhöhe, also bedeutet Hoch (am Kamm), daß der Ansatz der Weichteile nahe der Kammhöhe sowohl des Oberkiefers wie des Unterkiefers gelegen ist. Unterschiedlich bedeutet, daß die Ansätze der Weichteile im Oberkiefer tief, also günstig, und im Unterkiefer hoch am Kamm, also ungünstig liegen.

In der Zusammenfassung ergibt sich:

Weichteile günstig	2 Patienten (14,3 %)
befriedigend	9 Patienten (64,3 %)
ungünstig	3 Patienten (21,4 %)

Speichel: Der Speichel war bei allen Patienten mit Ausnahme von 1 reichlich vorhanden; seine Beschaffenheit war bei 10 Patienten sero-mucös; bei 1 mucös und bei 3 serös.

Bißverhältnisse:

orthognath	4 Patienten (28,4 %)
progen	5 Patienten (35,7 %)
prognath	5 Patienten (35,7 %)

Von den 5 Patienten mit Progenie war bei 3 Patienten die Progenie erst nach dem Einsetzen entstanden; die Angaben der Patienten bestätigte das Okkludieren der Prothesen außerhalb des Mundes, wobei die Prothesen in orthognather Bißstellung in Okklusion gebracht werden konnten.

Zusammenfassung des Mundbefundes:

Mundbefund günstig	4 Patienten (28,5 %)
befriedigend	8 Patienten (57,2 %)
ungünstig	2 Patienten (14,3 %)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

Ventilrand:	Ausdehnung:	Distale Abdämmung:
gut: 7 (50 %)	11 (78,6 %)	9 (64,3 %)
schlecht: 7 (50 %)	3 (21,4 %)	5 (35,7 %)

Torusentlastung:

Tuberaumfassung:

Patienten mit zuentlastendem Torus: 9=100%	genügend: 3 (33,3%) ungenügend: — nicht 6 (66,7%) zu viel —	Patienten mit ausgeprägten Tubera: 7=100%	gut: 3 (42,8%) schlecht: 4 (57,1%) nicht: —
--	--	---	---

Zusätzliche Verankerungen der Oberkieferprothese:

Stadlerrillen	3 Patienten
Saugkammern	2 Patienten
Gummisauger	1 Patient
Abschlußleiste	1 Patient

Ausdehnung der Unterkieferprothesenbasis:

Die zweckmäßige Basisgestaltung der Unterkieferprothese richtet sich nach den Ansätzen der Muskulatur und den am Unterkiefer inserierenden Schleimhautbändern, deren Berücksichtigung durch Mund- und Zungenbewegungen entsprechend den Gesetzen der Funktionsabdrucknahme festgestellt wurde.

Aussparung von Bänderung und Muskeln an der Unterkieferprothesenbasis:

gut	7 Patienten (50 %)
schlecht	6 Patienten (42,9 %)
nicht	1 Patient (7,1 %)

Zusätzliche Verankerungen der Unterkieferprothese:

Lingualflügel	—
Zungenfortsatz	3

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

gut	5 (35,7 %)
befriedigend	5 (35,7 %)
unbefriedigend	4 (28,5 %)

Aufstellung der Zähne:

Nach Aufstellungsarten geordnet:

Prof. Falck:	1 (7,1 %)
mit Spee'scher Kurve:	9 (64,3 %)
nicht feststellbar:	4 (28,5 %)

Stellung der Frontzähne:

auf d. Kamm:	vor d. Kamm:	hinter d. Kamm:	invertiert:
10 (71,4 %)	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)

Bei den vor-dem-Kamm stehenden Zähnen handelte es sich in 1 Falle um die Oberkieferprothese und bei den hinter-dem-Kamm stehenden Zähnen in 1 Falle nur um die Oberkieferprothese und in 1 Falle nur um die Unterkieferprothese.

Schneidezahnüberbiß:

gut:	zu stark:	zu schwach:	Kopfbißaufstellung:
11 (78,6 ‰)	1 (7,1 ‰)	1 (7,1 ‰)	1 (7,1 ‰)

Größe der Frontzähne:

gut:	zu klein:	zu schmal:
6 (42,9 ‰)	7 (50 ‰)	1 (7,1 ‰)

Aufstellung der Molaren:

Kompensationskurven:

berücksichtigt:	5 (35,7 ‰)
teilw. berücks.:	9 (64,3 ‰)
nicht berücks.:	—

Intermaxilläre Verbindungslinien:

7 (50 ‰)
2 (14,3 ‰)
5 (35,7 ‰)

Bißhöhe:

gut:	zu hoch:	zu niedrig:
13 (92,9 ‰)	1 (7,1 ‰)	—

Zusammenfassung der Aufstellung der Zähne:

gut	5 Patienten (35,7 ‰)
befriedigend	6 Patienten (42,9 ‰)
unbefriedigend	3 Patienten (21,4 ‰)

Funktion der Prothesen:

Form der Frontzähne:

dem Gesicht entsprechend:	nicht dem Gesicht entsprechend:
10 (71,4 ‰)	4 (28,5 ‰)

Höckerbild der Molaren:

gut eingeschliffen:	abgeschliffen:	nicht eingeschliffen:
2 (14,3 ‰)	5 (35,7 ‰)	7 (50 ‰)

Okklusion:

gut:	5 (35,7 ‰)
befriedigend:	5 (35,7 ‰)
unbefriedigend:	4 (28,5 ‰)

Artikulation:

3 (21,4 ‰)
6 (42,9 ‰)
5 (35,7 ‰)

Sprachfunktion:

gut:	befriedigend:	unbefriedigend:
8 (57,1 ‰)	2 (14,3 ‰)	4 (28,5 ‰)

Die kleinen Störungen in der Sprachfunktion waren Sigmatismus, bei größeren Störungen war die Ursache ein Abklappen der Oberkieferprothesen und ein Hochsteigen der Unterkieferprothesen.

Sonstige Mängel als Ursache von Funktionsstörungen:

3 Patienten wiesen Bißsenkung oder offenen Biß auf, 1 Patient hatte beides; bei jedem Patienten lag eine Resorption des Unterkiefers und eine starke Abrasion der Zähne, insbesondere der Oberkieferfrontzähne, vor.

Zusammenfassung der Funktion der Prothesen:

gut	5 Patienten (35,7 ‰)
befriedigend	4 Patienten (28,5 ‰)
unbefriedigend	5 Patienten (35,7 ‰)

Material der Prothesen:

Das Material der Prothesen bestand in allen Fällen aus Paladon; nur 1 Patient hatte eine Kautschuk-Unterkieferprothese. Die Verarbeitung des Materials war gut; 2 Prothesen waren porös, die Basis 1 Prothese zeigte eine aufgelöste Oberfläche.

Material der Zähne:

Porzellan insgesamt	Frontzähne Kunststoff	Molaren Kunststoff
5 (35,7 ‰)	8 (57,1 ‰)	1 (7,1 ‰)

Abrasion:

Kunststoff geg. Porzellan	Porzellan geg. Porzellan
7 (50 ‰) (77,8 ‰)	2 (14,3 ‰) (15,4 ‰)

Die an 2. Stelle stehenden Prozentzahlen sind berechnet aus den jeweils für die einzelnen Antagonistenarten möglichen Gesamtzahlen.

Zusammenfassung der Therapie:

Therapie gut	5 Patienten (35,7 ‰)
befriedigend	3 Patienten (21,4 ‰)
unbefriedigend	6 Patienten (42,9 ‰)

IV. Gewöhnung:

Alle 5 Patienten, die schon einmal Plattenersatz getragen haben, hatten auch totale obere und untere Prothesen. Davon konnten sich 3 Patienten — sie waren auch schon mit ihren früheren Prothesen zufrieden gewesen — sehr schnell und gut an ihre neuen Prothesen gewöhnen. 2 Patienten waren mit ihren alten Prothesen nicht zufrieden, sie kamen auch mit den neuen Prothesen nicht zurecht; allerdings hat das einen Grund in der sehr mangelhaften Arbeit.

Von den 9 Patienten, die noch keinen Plattenersatz getragen hatten, waren 3 Patienten mit ihren Prothesen sehr schnell zufrieden, da sie weder über Druckstellen noch sonstige funktionelle Störungen zu klagen hatten. Dagegen hatten 2 Patienten lange Zeit andauernde Druckstellen — 1 Patient 4 Wochen und 1 Patient 3 Jahre; auch diese Patienten waren nach der Beseitigung der Druckstellen sehr zufrieden.

4 Patienten konnten sich nicht an ihre Prothesen gewöhnen; bei 3 Patienten lag das neben andauernden Druckstellen an den großen Mängeln in der Herstellung der Prothesen; der 4. Patient hatte starke, nicht beseitigte Druckstellen; er ließ, nachdem er nach einigen Sitzungen die Geduld verloren hatte, seine Unterkieferprothese aus dem Mund.

V. Die häufigsten Fehler:

Nach Angaben der Patienten waren die häufigsten Fehler:

Druckstellen	11 Patienten (78,6 ‰)
mangelhafte Kaufunktion	7 Patienten (50 ‰)
unbefriedigende Sprache	5 Patienten (35,7 ‰)
ungünstige Kosmetik	1 Patient (7,1 ‰)

Die häufigsten bei objektiver Betrachtung festgestellten Fehler waren:

Basisgestaltung	9 Patienten (64,3 ‰)
im Einzelnen:	
Torusementlastung (9 = 100 ‰)	6 Patienten (66,7 ‰)
Tuberaumfassung (7 = 100 ‰)	4 Patienten (57,1 ‰)
Ventilrand	7 Patienten (50 ‰)
Gestaltung der Unterkieferprothesenbasis	7 Patienten (35,7 ‰)
distale Abdämmung	5 Patienten (21,4 ‰)
Ausdehnung der Oberkieferprothese	3 Patienten (21,4 ‰)
Aufstellung der Zähne	9 Patienten (64,3 ‰)
Kompensationskurven	9 Patienten (64,3 ‰)
Größenauswahl der Frontz.	8 Patienten (57,1 ‰)
intermaxilläre Verbindungslinien	7 Patienten (50 ‰)
Frontzahnstellung neben dem Kamm	4 Patienten (28,5 ‰)
Schneidezahnüberbiß	2 Patienten (14,3 ‰)
Bißhöhe	1 Patient (7,1 ‰)
Funktion der Prothesen	9 Patienten (64,3 ‰)
schlechtes Einschleifen der Höcker	12 Patienten (85,7 ‰)
Artikulation	11 Patienten (78,6 ‰)
Okklusion	9 Patienten (64,3 ‰)
Aussprache	6 Patienten (42,9 ‰)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Von den 8 mit ihren Prothesen zufriedenen Patienten haben 5 Prothesen mit guter Therapie, 2 mit befriedigender Therapie und 1 Patient mit unbefriedigender Therapie erhalten.

Von den 6 nur teilweise oder nicht zufriedenen Patienten haben 1 Patient befriedigende und 5 unbefriedigende Prothesen erhalten.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Von den 4 Patienten mit günstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	1 Patient	(25 %)
befriedigender Therapie	2 Patienten	(50 %)
unbefriedigender Therapie	1 Patient	(25 %)

Von den 8 Patienten mit befriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	3 Patienten	(37,5 %)
befriedigender Therapie	1 Patient	(12,5 %)
unbefriedigender Therapie	4 Patienten	(50 %)

Von den 2 Patienten mit unbefriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	1 Patient	(50 %)
unbefriedigender Therapie	1 Patient	(50 %)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Von den 4 Patienten mit günstigem Mundbefund waren 3 zufrieden und 1 Patient nicht.

Von den 8 Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren jeweils 4 Patienten zufrieden und unzufrieden.

Von den 2 Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren je 1 Patient zufrieden und unzufrieden.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Falck: 1 Patient; kein Mangel

Mit Spee'scher Kurve: 9 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 5 Patienten (55,5 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	5 Patienten	(55,5 %)
Sekundäre Progenie	1 Patient	(11,1 %)
Offener Biß	2 Patienten	(22,2 %)
Bißsenkung	1 Patient	(11,1 %)
Resorption der Kiefer	2 Patienten	(22,2 %)

Abklappen der Oberkieferprothese	1 Patient	(11,1 %)
-------------------------------------	-----------	----------

Sonstige und nicht feststellbare Aufstellungsart: 4 Patienten
 darunter mit nachträglichen Mängeln: 3 Patienten (75,0 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	2 Patienten	(50,0 %)
Sekundäre Progenie	2 Patienten	(50,0 %)
Bißsenkung	1 Patient	(25,0 %)
Resorption der Kiefer	1 Patient	(25,0 %)

J A H R G A N G 1948

Vom Jahrgang 1948 sind 163 Patienten zu den Nachuntersuchungen gebeten worden. Davon sind 48 Patienten erschienen. Rückantworten wegen Todesfall, Krankheit oder Auswanderung kamen von 43 Patienten.

Gebeten	163 Patienten
Erschienen	48 Patienten (29,7 %)
Abgesagt	43 Patienten (26,4 %)

Von diesen 48 Patienten konnten aber 5 Patienten bei den Untersuchungen nicht berücksichtigt werden, da diese ihre in der Zahnklinik hergestellten Prothesen nicht mitgebracht hatten. 2 Patienten hatten ihre gebrochenen Unterkieferprothesen nicht mehr reparieren lassen, 1 Patient hatte seine nicht passende Unterkieferprothese nicht mitgebracht, 1 Patient hatte seine Oberkieferprothese verloren und 1 Patient hatte seine Unterkieferprothese nicht eingesetzt erhalten, da noch ein Wurzelrest zu entfernen war; dies ist aber bis jetzt noch nicht geschehen.

Untersucht wurden also nur 43 Patienten, das sind 26,4 % der gebetenen Patienten. Wertungsgrundlage ist $43 = 100\%$.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: Von den 43 zu untersuchenden Patienten hatten 28 Patienten (65,1 %) vorher schon einen Plattenersatz getragen, 11 (25,6 %) schon eine totale obere und untere Prothese. Der Grund der Neuanfertigung war ein Defekt der Prothesen bei 3 Patienten, nachträglich aufgetretene starke kaufunktionelle Störungen bei ebenfalls 3 Patienten und Unzufriedenheit vom Zeitpunkt des Einsetzens an bei 5 Patienten; 1 Patient hatte 4 Prothesen hintereinander erhalten, mit denen er aber nicht zufrieden werden konnte.

Die neuen Prothesen waren in Gebrauch als:

Kau- und Schauprothese	24 Patienten = 55,8 %
Schauprothese	5 Patienten = 11,6 %
Kauprothese	4 Patienten = 9,3 %
nur Oberkieferprothese	6 Patienten = 13,5 %
keiner Prothese	4 Patienten = 9,3 %

Druckstellen:

Ohne Druckstellen	9 Patienten = 20,9 %
Mit Druckstellen	34 Patienten = 79,1 %
Anfangsdruckstellen bis 3 Sitzungen	18 Patienten = 41,8 %
Dauerdruckstellen mehr als 3 Sitzungen	6 Patienten = 13,5 %
nicht beseitigte Druckstellen	10 Patienten = 23,3 %

Zu den Patienten mit Anfangsdruckstellen wurden auch die Patienten gerechnet, die sich selbst mit Nagelfeilen usw. geholfen haben.

Von den 6 Patienten mit Dauerdruckstellen mußten 2 mindestens 10mal in die Klinik zur Beseitigung kommen, 1 Patient gab „oft“ an.

Von den 10 Patienten mit nicht beseitigten Druckstellen konnten bei 9 die Druckstellen deshalb nicht entfernt werden, weil die Patienten die Geduld verloren hatten und die Prothesen aus dem Munde ließen; es handelte sich immer um die Unterkieferprothese. 1 Patient trug seine Prothesen trotz dauernder Druckstellen; er ging bis zum Zeitpunkt der Untersuchung, also 7 Jahre lang, zur Druckstellenbeseitigung in die Zahnklinik.

Nach Lokalisation: (34 Patienten = 100 %)

Druckstellen im Unterkiefer	29 (85,3 %)
Davon am Lippenbändchen	1 (2,9 %)
im Eckzahngebiet	4 (11,8 %)
im Molarengebiet	5 (14,8 %)
insgesamt	11 (32,4 %)
vereinzelt	8 (23,6 %)
Druckstellen im Oberkiefer	18 (52,9 %)
Davon am Lippenbändchen	2 (5,8 %)
im Eckzahngebiet	2 (5,8 %)
im Molarengebiet	5 (14,8 %)
insgesamt	4 (11,8 %)
vereinzelt	5 (14,8 %)

Reparaturen wurden bei 12 Patienten ausgeführt, 6mal war ein Zahn zu ersetzen, 5mal ein Unterkieferprothesenbruch und 1mal ein Oberkieferprothesensprung zu reparieren; die betroffenen Patienten klagten nach Ausführung der Reparaturen über keine Verschlechterung der Funktion der Prothesen.

Unterfütterungen wurden nicht vorgenommen.

Zur *Beschwerung* wurde bei 1 Patienten der Unterkieferprothese Wolfram beigemischt, doch konnte die Beschwerde die ungünstigen Mundverhältnisse und die schlechte Basisgestaltung nicht ausgleichen.

Klagen der Patienten:

Patienten ohne Klagen	20 = 46,5 %
mit Klagen	23 = 53,5 %
Klagen über mehrere Funktionen zugleich	7 Patienten (16,3 %)
über einzelne Funktionen	16 Patienten (37,2 %)

Klagen im Einzelnen:

Kaufunktion	17 Patienten (39,5 %)
Sprachfunktion	9 Patienten (20,9 %)
Kosmetik	6 Patienten (13,9 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	3 Patienten (6,9 %)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	2 Patienten (4,7 %)
Schleimhautbrennen	
Brechreiz	je 1 Patient (2,3 %)

Betreffs des Schleimhautbrennens gab der Patient an, daß es nach einiger Zeit des Tragens aufträte; er habe das Gefühl, sein Gesicht würde anschwellen und gefühllos werden; nach Herausnehmen der Prothesen würden die Beschwerden sehr bald wieder verschwinden. Das Basismaterial dieser Prothese war Paladon, das gut polymerisiert war.

Der Brechreiz des einen Patienten, hatte seine Ursache in einer zu langen Oberkiefer-Prothesenbasis, die in den weichen Gaumen hineinreichte.

Subjektive Zufriedenheit: Die Zusammenfassung der Anamnese ergab, daß 20 Patienten mit ihren Prothesen voll zufrieden waren, einige allerdings erst, als die Anfangsdruckstellen beseitigt und geringe funktionelle Mängel behoben waren. 14 Patienten waren nur teilweise zufrieden; die Prothesen dieser Patienten waren mit mehreren Mängeln und Fehlern behaftet, sodaß sie nicht zu allen Funktionen und zu jeder Zeit in Gebrauch sein konnten. In den meisten Fällen waren es Druckstellen, die nicht oder nur schlecht beseitigt wurden, oder Störungen in der Kau- und Sprachfunktion; in 1 Falle waren es, wie schon erwähnt, nervöse Beschwerden, die den Patienten mit seinen Prothesen unzufrieden sein ließen. 5 Patienten waren nur mit der Oberkieferprothese zufrieden und trugen die Unterkieferprothese nicht. 4 Patienten waren mit keiner Prothese zufrieden.

Mit Prothesen zufrieden	20 Patienten (46,5 %)
Mit Prothesen teilweise zufrieden	14 Patienten (32,6 %)
Mit Oberkieferprothese zufrieden	5 Patienten (11,6 %)
Mit Prothesen nicht zufrieden	4 Patienten (9,3 %)

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer:

Gaumen	Tubera	Unter-sich-gehende Stellen:
hoch: 16 (37,4 %)	ausgeprägt: 31 (72,1 %)	ausgeprägt: 29 (67,4 %)
nieder: 14 (32,6 %)	unterschiedlich: 2 (4,7 %)	nicht ausg.: 14 (32,6 %)
flach: 13 (30,2 %)	nicht ausgeprägt: 10 (23,2 %)	

Kieferkämme:

hoch-rund: 20 (46,5 %)	nieder-rund: 9 (20,8 %)	OK hoch-rund
hoch-spitz: 3 (6,9 %)	nieder-spitz 3 (6,9 %)	UK nieder-spitz-flach 8 (19,1 %)

Paratubärer Raum:	Fovea mylohyoidea:	Torus
ausgeprägt: 39 (90,7 %)	42 (97,6 %)	26 (60,5 %)
nicht ausgeprägt: 4 (9,3 %)	1 (2,3 %)	17 (39,5 %)

Einen *Schlotterkamm* wiesen 7 Patienten (16,3 %) auf; bei allen Patienten beschränkte er sich auf die Oberkieferfront.

Fibrös unterlagerte Kämme waren bei 2 Patienten ausgebildet; in beiden Fällen handelte es sich hierbei um die Tubera.

Zusammenfassung:

Kiefer gut	17 (39,5 %)
befriedigend	22 (51,2 %)
ungünstig	4 (9,3 %)

Weichteile:

Zunge:

Ansatz Zungenband:	Mundboden	Größe:	Zungenspiel:
hoch: 26 (60,5 %)	28 (65,2 %)	klein: 11 (25,6 %)	ruhig: 30 (69,8 %)
tief: 17 (39,5 %)	15 (34,9 %)	groß: 32 (74,4 %)	nervös: 13 (30,2 %)

Wangen:

Ansatz Wangen:	Tonus:
hoch: 30 (69,8 %)	locker: 34 (79,1 %)
unterschiedlich: 4 (9,3 %)	straff: 9 (20,9 %)
tief: 9 (20,9 %)	

Lippen:

Ansatz Lippen:		Länge:	Tonus:	
hoch:	29 (67,5 ‰)	lang:	9 (20,9 ‰)	locker: 34 (79,1 ‰)
untersch.:	4 (9,3 ‰)	kurz:	1 (2,3 ‰)	straff: 9 (20,9 ‰)
tief:	10 (23,3 ‰)	normal:	33 (76,8 ‰)	

Eine Zusammenfassung der Weichteilverhältnisse ergab:

günstig	10 Patienten (23,3 ‰)
befriedigend	29 Patienten (67,4 ‰)
ungünstig	4 Patienten (9,3 ‰)

Schleimhaut:

				durchblutet:	
locker:	straff:	entzündet:	hypertroph.:	gut	schlecht
10 (23,3 ‰)	33 (76,8 ‰)	1 (2,3 ‰)	2 (4,6 ‰)	40 (93,1 ‰)	3 (3,9 ‰)

Speichel:

Der Speichel war in den meisten Fällen ausreichend; bei 8 Patienten war er in zu geringer Menge vorhanden. Seine Beschaffenheit war bei 13 Patienten serös, bei 6 Patienten mucös, bei 24 Patienten seromucös.

Bißverhältnisse:

orthognath	19 (44,2 ‰)
progen	16 (37,4 ‰)
prognath	8 (18,6 ‰)

7 Patienten wiesen nach Untersuchung der Okklusion der Prothese außerhalb des Mundes sekundäre Progenie auf.

Zusammenfassung des Mundbefundes:

Mundbefund	günstig	13 Patienten (30,2 ‰)
	befriedigend	22 Patienten (51,2 ‰)
	ungünstig	8 Patienten (18,6 ‰)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

Ventilrand:		Ausdehnung:	Distale Abdämmung
gut:	20 (46,5 ‰)	26 (60,5 ‰)	19 (44,2 ‰)
schlecht:	23 (53,5 ‰)	17 (39,5 ‰)	24 (55,8 ‰)

Torusentlastung:

Patienten mit zu	genügend	13 (50 %)
entlastendem Torus:	ungenügend	5 (19,2 %)
26 = 100 %	nicht entl.	8 (30,8 %)

Tuberaumfassung:

Patienten mit ausgeprägten	gut umfaßt	15 (44,1 %)
Tubera: 34 = 100 %	schlecht umfaßt	16 (47,1 %)
	nicht umfaßt	3 (8,8 %)

Zusätzliche Verankerungen der Oberkieferprothese:

Stadlerrillen	2 (4,6 %)
Saugkammern	14 (32,5 %)
Gummisauger	9 (20,9 %)

Bei 2 Patienten wurde eine Torusentlastung gemacht, obwohl kein hervorstechender Torus vorhanden war.

Basisgestaltung der Unterkieferprothese:

Aussparung von Muskel- und Bänderansätzen:

gut:	schlecht:	nicht:	zu viel:
14 (32,6 %)	19 (44,2 %)	8 (18,6 %)	2 (4,6 %)

Zusätzliche Verankerung der Unterkieferprothese:

Lingualflügel	12	entfernt	1
Zungenfortsatz	2	—	—

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

gut	9 Patienten (20,9 %)
befriedigend	19 Patienten (44,2 %)
unbefriedigend	15 Patienten (34,9 %)

Aufstellung der Zähne:

Nach Aufstellungsarten geordnet:

nach Falck:	5 (11,6 %)
mit Spee'scher Kurve:	30 (69,8 %)
Sonstige und nicht	
erkennbare:	8 (13,9 %)

Stellung der Frontzähne zum Kamm:

auf dem Kamm:	vor dem Kamm:	hinter dem Kamm:	invertiert:
25 (58,2 %)	18 (41,8 %)	—	1 (2,3 %)

Schneidezahnüberbiß:

zu stark:	zu schwach:	Kopfbiß:
4 (9,3 ‰)	2 (4,7 ‰)	4 (9,3 ‰)

Größe:

gut:	zu groß:	zu klein:	zu schmal:
31 (72,2 ‰)	4 (9,3 ‰)	7 (16,3 ‰)	1 (2,3 ‰)

Aufstellung der Molaren:

	Kompensationskurven:	Intermax. Verbindungs- linien:
berücksichtigt:	23 (53,5 ‰)	21 (48,8 ‰)
teilw. berücks.:	12 (27,9 ‰)	9 (20,9 ‰)
nicht berücks.:	8 (18,5 ‰)	13 (30,2 ‰)

Bißhöhe:

gut	30 (69,8 ‰)
zu hoch	5 (11,6 ‰)
zu niedrig	8 (18,5 ‰)

Zusammenfassung der Aufstellung der Zähne:

gut	17 Patienten (39,5 ‰)
befriedigend	17 Patienten (39,5 ‰)
unbefriedigend	9 Patienten (20,9 ‰)

*Funktion der Prothesen:**Form der Frontzähne:*

dem Gesicht entsprechend:	nicht dem Gesicht entsprechend:
37 (86,1 ‰)	6 (13,9 ‰)

Höckerbild der Molaren:

gut eingeschliffen:	abgeschliffen:	nicht eingeschliffen
21 (48,8 ‰)	3 (6,9 ‰)	19 (44,2 ‰)

	Okklusion:	Artikulation:	Sprache:
gut:	19 (44,2 ‰)	9 (20,9 ‰)	27 (62,8 ‰)
befriedigend:	10 (23,3 ‰)	16 (37,4 ‰)	11 (25,6 ‰)
unbefriedigend:	14 (32,6 ‰)	18 (41,2 ‰)	5 (11,6 ‰)

Als nachträglich aufgetretene Mängel bestand bei 8 Patienten eine Bißsenkung und bei 7 Patienten ein offener Biß; als Ursache dafür kam in 5 Fällen eine starke Abnützung der Zähne und in 9 Fällen Resorption einzelner Kieforteile oder verstärkter Abbau eines ganzen Kiefers in Frage; er betraf bei je 2 Patienten die Ober- bzw. den Unterkiefer insgesamt, bei 3 Patienten die Oberkieferfront, bei 1 Patienten den Unterkiefer im Frontzahnbereich und bei 2 Patienten im Molarenbereich. Die Störung der Aussprache war Sigatismus.

Zusammenfassung der Funktion der Prothesen:

gut	10 Patienten (23,3 %)
befriedigend	16 Patienten (37,4 %)
unbefriedigend	17 Patienten (39,5 %)

Material der Prothesen:

Basismaterial: Die Prothesen waren aus Paladon hergestellt, nur 4 Unterkieferprothesen waren aus Kautschuk. Der Zustand des Materials war bei den meisten Patienten gut; bei je 3 Patienten waren die Ober- und Unterkieferprothesen bzw. nur die Unterkieferprothesen porös; bei ebenfalls 3 Patienten war die Oberfläche der Prothesen schwammig geworden.

Zähne:

Porzellan insgesamt	Kunststoff insgesamt	OK Kunststoff UK Porzellan	Front Kunststoff
36 (83,7 %)	2 (4,7 %)	2 (4,7 %)	3 (6,9 %)

Abrasion:

Kunststoff geg. Porzellan	Kunststoff geg. Kunststoff	Porzellan geg. Porzellan
4 (9,3 %, 80,0 %)	1 (2,3 %, 50,0 %)	2 (4,7 %) (5,2 %)

Zusammenfassung der Therapie:

Therapie gut	10 Patienten (23,3 %)
befriedigend	25 Patienten (58,2 %)
unbefriedigend	8 Patienten (18,6 %)

IV. Gewöhnung:

28 Patienten hatten früher schon Plattenersatz getragen, davon 11 eine totale obere und untere Prothese. Von diesen 11 Patienten konnten sich nur 3 an die neuen Prothesen gewöhnen, 1 Patient sofort und 2 Patienten nach Überwindung von Anfangsdruckstellen bei dem einen und von anfänglich mangelnder Haftfähigkeit bei dem anderen Patienten. Die übrigen 8 Patienten hatten ihre Prothesen nur teilweise oder nicht in Gebrauch. Bei 4 Patienten war die Ursache die sehr mangelhafte Arbeit und bei 1 Patienten der ungünstige Mundbefund.

Von den 32 Patienten, die noch keine totale obere und untere Prothese getragen hatten, konnten sich 10 nicht an die neuen Prothesen gewöhnen, der Grund dafür waren immer Mängel in der Prothesenherstellung.

17 Patienten waren sehr schnell an die neuen Prothesen gewöhnt; bei allen diesen Patienten waren die Prothesen in zumindest befriedigender Weise hergestellt; nur 2 Patienten gaben anfängliche, geringfügige sprachliche Schwierigkeiten an. 5 Patienten brauchten längere Zeit, um sich an die Prothesen gewöhnen zu können; in allen Fällen waren lang andauernde Druckstellen die Ursache; bei 1 Patienten trat anfänglich noch Schleimhautbrennen auf.

Alle Patienten, die sich schlecht oder nicht an ihre Prothesen gewöhnen konnten, klagten über lang andauernde oder nicht zu beseitigende Druckstellen; 9 Patienten hatten außerdem noch Störungen in der Kaufunktion, 2 noch dazu in der Sprachfunktion.

V. Die häufigsten Fehler:

Nach Angaben der Patienten waren die häufigsten Fehler:

Druckstellen	34 Patienten (79,1 %)
Kaufunktion	17 Patienten (39,5 %)
Sprache	9 Patienten (20,9 %)
Kosmetik	4 Patienten (9,3 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	3 Patienten (6,9 %)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	2 Patienten (4,7 %)
Schleimhautbrennen	1 Patient (2,3 %)
Brechreiz	1 Patient (2,3 %)

Die häufigsten bei objektiver Betrachtung festgestellten Fehler betrafen:

Basisgestaltung	34 Patienten (79,1 %)
Basis der Unterkieferprothese	29 Patienten (62,9 %)
Distale Abdämmung	24 Patienten (55,9 %)
Tuberaumfassung 34 = 100%	19 Patienten (55,9 %)
Ventilrand	23 Patienten (53,5 %)
Torusentlastung 26 = 100%	13 Patienten (50 %)
Ausdehnung	17 Patienten (39,5 %)
Funktion der Prothesen	33 Patienten (76,7 %)
Artikulation	34 Patienten (79,1 %)
Okklusion	24 Patienten (55,9 %)
Höckerbild	22 Patienten (51,2 %)
Sprache	16 Patienten (37,4 %)

Aufstellung der Zähne	26 Patienten (60,7 %)
Intermaxilläre Verbindungs- linien	21 Patienten (48,8 %)
neben dem Kamm	18 Patienten (43,9 %)
Kompensationskurven	18 Patienten (43,9 %)
Bißhöhe	13 Patienten (30,2 %)
Frontzahngröße	12 Patienten (27,9 %)
Überbiß	6 Patienten (13,9 %)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Von den 20 Patienten, die mit ihren Prothesen zufrieden waren, hatten nur 7 (35 %) eine gut hergestellte Prothese, 10 Patienten (50 %) hatten befriedigend hergestellte Prothesen und 3 Patienten (15 %) waren sogar mit unbefriedigend hergestellten Prothesen zufrieden.

Von den 23 Patienten, die mit ihren Prothesen nicht oder teilweise zufrieden waren, hatten 3 Patienten gut hergestellte Prothesen (13,1 %). Im 1. Falle wies die Unterkieferprothese nicht zu beseitigende Druckstellen auf. Im 2. Falle war der Patient mit 3 vorher gefertigten Prothesen, die nicht eingesehen werden konnten, nicht zufrieden gewesen; auch an seine neue 4. Prothese konnte er sich nicht gewöhnen; der Patient gab keine Druckstellen an, sondern klagte über sein Kauunvermögen mit Ober- und Unterkieferprothesen; der Patient wies befriedigende Mundverhältnisse mit relativ guten Kiefern, aber ungünstige Weichteilverhältnisse auf. Im 3. Falle konnte der Patient seine auch nach seinem Empfinden funktions-tüchtigen Prothesen wegen, wie schon unter Abschnitt „Klagen der Patienten“ erwähnt, starken nervösen Beschwerden nicht immer tragen. Weitere 15 Patienten (65,2 %) hatten befriedigend hergestellte Prothesen; bei diesen Patienten war der Mundbefund nicht günstig. 5 Patienten (21,8 %) hatten unbefriedigend her-gestellte Prothesen.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Von den 13 Patienten mit günstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	6 Patienten (46,1 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	6 Patienten (46,1 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	1 Patient (7,7 %)

Von den 22 Patienten mit befriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	4 Patienten (18,2 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	14 Patienten (63,6 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	4 Patienten (18,2 %)

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	0 Patienten (—)
Prothesen mit befriedigender Therapie	5 Patienten (62,5 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	3 Patienten (37,5 %)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Von den 13 Patienten mit günstigem Mundbefund waren 9 Patienten zufrieden und 4 Patienten unzufrieden.

Von den 22 Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren 13 Patienten zufrieden und 9 Patienten unzufrieden.

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren 2 Patienten zufrieden und 6 Patienten unzufrieden.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Falck: 5 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln:	2 Patienten (40,0 %)
dabei sind aufgetreten	
Sekundäre Progenie	2 Patienten (40,0 %)
Abrasion	1 Patient (20,0 %)

Mit Spee'scher Kurve: 30 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln:	17 Patienten (56,7 %)
dabei sind aufgetreten:	
Abrasion	10 Patienten (33,3 %)
Sekundäre Progenie	4 Patienten (13,3 %)
Offener Biß	6 Patienten (20,0 %)
Bißsenkung	5 Patienten (16,7 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	2 Patienten (6,7 %)
Resorption der Kiefer	7 Patienten (23,3 %)

Sonstige und nicht erkennbare Aufstellungsarten: 8 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln:	3 Patienten (37,5 %)
dabei sind aufgetreten:	
Bißsenkung	3 Patienten (37,5 %)
Resorption der Kiefer	2 Patienten (25,0 %)
Abrasion	2 Patienten (25,0 %)
Offener Biß	1 Patient (12,5 %)
Sekundäre Progenie	1 Patient (12,5 %)

JAHRGANG 1949

Aus dem Jahrgang 1949 sind 188 Patienten zu den Nachuntersuchungen gebeten worden. Davon sind 40 Patienten erschienen. Rücksendungen gingen von 30 Patienten ein.

Gebeten	188 Patienten (100 %)
Erschienen	40 Patienten (21,3 %)
Abgesagt	30 Patienten (15,9 %)

Von den erschienenen 40 Patienten konnten 4 nicht weiter berücksichtigt werden, da diese Patienten ihre in der Zahnklinik angefertigten Prothesen zu der Untersuchung nicht mitgebracht hatten. Untersucht wurden 36 Patienten = 18,1 % der gebetenen Patienten.

Wertungsgrundlage = 36 = 100 %.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: Von den 36 zu untersuchenden Patienten hatten 19 (52,8 %) schon Plattenersatz getragen, davon 11 (30,5 %) schon eine totale obere und untere Prothese. Als Grund für die Neuanfertigung der Prothesen gaben alle Patienten ein Nachlassen der kaufunktionellen Eigenschaften an; 1 Patient hatte sich schon 6 neue Prothesen anfertigen lassen müssen, jedoch war er mit keiner in kaufunktioneller oder sprachlicher Hinsicht zufrieden; 1 Patient hatte zwar vorher noch keinen totalen Ersatz getragen, doch mußten 4 Prothesen hintereinander angefertigt werden, bis ihn eine Prothese zufriedenstellte. Von diesen 11 Patienten konnten sich 10 (90,9 %) an die neuen Prothesen gewöhnen.

Die Patienten hatten ihre Prothesen in Gebrauch:

als Kau- und Schauprothese	29 Patienten (80,5 %)
als Schauprothese	4 Patienten (11,1 %)
als Kauprothese	2 Patienten (5,5 %)
nur 1 Prothesenteile	1 Patient (2,8 %)

Der Patient, der nur 1 Prothesenteil tragen konnte, benützte seine Unterkieferprothese wegen starker Schmerzen nicht, nach kurzer Tragezeit traten die Schmerzen auf ausstrahlend über den ganzen Unterkiefer, die Kiefergelenke und das Ohr mit gleichzeitiger Anschwellung der Parotisgegend; am stärksten waren die Schmerzen auf der rechten Seite; etwa eine Stunde nach Herausnehmen der Unterkieferprothese waren die Beschwerden wieder abgeklungen.

Druckstellen:

Ohne Druckstellen	8 Patienten (22,2 %)
mit Druckstellen	28 Patienten (77,7 %)
Anfangsdruckstellen	
bis zu 3 Sitzungen	20 Patienten (55,5 %)
Dauerdruckstellen	
mehr als 3 Sitzungen	4 Patienten (11,1 %)
nachträgliche Druckstellen	1 Patient (2,8 %)
nicht beseitigte Druckstellen	3 Patienten (8,3 %)

Bei den Patienten mit Anfangsdruckstellen sind auch 5 Patienten berücksichtigt, deren Druckstellen von selbst vergingen, und 2 Patienten, die sich selbst geholfen haben.

Die Patienten mit Dauerdruckstellen konnten keine genaue Zahl der Sitzungen mehr angeben; sie sagten, sie hätten „oft“ kommen müssen.

Von den 3 Patienten mit nicht beseitigten Druckstellen wollte 1 Patient nicht mehr in die Klinik kommen, da er bei einer Selbstbeseitigung von Druckstellen die Unterkieferprothese auf die heiße Ofenplatte gelegt hatte und sie dann formen wollte. Bei einem 2. Patienten konnten die Druckstellen deshalb nicht entfernt werden, weil ein Bruch der Unterkieferprothese schlecht repariert worden war.

Nach Lokalisation: (28 Patienten = 100 %)o

Druckstellen im Unterkiefer	23 Patienten (82,1 %o)
Davon im Eckzahngebiet	8 Patienten (28,5 %o)
im Molarenggebiet	5 Patienten (17,8 %o)
insgesamt	5 Patienten (17,8 %o)
vereinzelt	5 Patienten (17,8 %o)
Druckstellen im Oberkiefer	11 Patienten (39,2 %o)
Davon im Eckzahngebiet	2 Patienten (7,2 %o)
im Molarenggebiet	3 Patienten (10,9 %o)
insgesamt	2 Patienten (7,2 %o)
vereinzelt	4 Patienten (14,3 %o)

Reparaturen wurden in 9 Fällen durchgeführt; an den Oberkieferprothesen mußte bei je 1 Patienten ein Sprung bzw. Bruch wiederhergestellt und bei 5 Patienten einzelne Zähne neu eingesetzt werden; an den Unterkieferprothesen mußte 2mal ein Bruch repariert werden und 1mal ein Zahn ersetzt werden.

Unterfütterung und *Beschwerung* wurden nicht gemacht.

Klagen der Patienten:

Patienten ohne Klagen	24 Patienten (66,7 %o)
Patienten mit Klagen	12 Patienten (33,3 %o)
Klagen über einzelne Funktionen	9 Patienten (25,0 %o)
Klagen über mehrere Funktionen	3 Patienten (8,3 %o)

Klagen im Einzelnen:

Kaufunktion	5 Patienten (13,8 %o)
Kosmetik	5 Patienten (13,8 %o)
Sprachfunktion	1 Patient (2,8 %o)
Saugkraft der Oberkieferprothese	1 Patient (2,8 %o)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	1 Patient (2,8 %o)

Zungenbrennen	1 Patient	(2,8 ‰)
Schleimhautbrennen	1 Patient	(2,8 ‰)
Brechreiz	1 Patient	(2,8 ‰)

Subjektive Zufriedenheit: Eine Zusammenfassung der Anamnese ergab, daß 29 Patienten mit ihren Prothesen zufrieden waren, davon 23 ohne jede Klage und 6 Patienten mit kleinen Einschränkungen. 3 Patienten waren nur teilweise zufrieden wegen unbefriedigender Kosmetik bzw. unzulänglicher Kaufunktion. 4 Patienten waren mit 1 Prothese unzufrieden (Unterkieferprothese) wegen dauernder Druckstellen und nervöser Störungen.

Mit Prothesen zufrieden	23 Patienten (63,9 ‰)
Mit Prothesen bedingt zufrieden	6 Patienten (16,7 ‰)
Mit Prothesen teilweise zufrieden	3 Patienten (8,3 ‰)
Mit 1 Prothese zufrieden	4 Patienten (11,1 ‰)

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer:

Gaumen:	Tubera:	Unter-sich-gehende Stellen:
hoch: 15 (41,6 ‰)	ausgeprägt: 22 (61,1 ‰)	ausgeprägt: 16 (44,4 ‰)
nieder: 9 (25 ‰)	unterschiedl.: —	nicht ausgepr.: 20 (55,6 ‰)
flach: 12 (33,3 ‰)	nicht ausgepr.: 14 (38,9 ‰)	

Kieferkämme:

hoch-rund: 12 (33,3 ‰)	nieder-rund: 14 (38,9 ‰)	OK hoch-rund
hoch-spitz: 4 (11,1 ‰)	nieder-spitz: 1 (2,8 ‰)	UK nieder-flach:
		5 (13,8 ‰)

Paratubärer Raum:	Fovea mylohyoidea:	Torus:
ausgeprägt: 27 (75 ‰)	32 (88,8 ‰)	26 (72,2 ‰)
nicht ausgepr.: 4 (11,1 ‰)	4 (11,1 ‰)	10 (27,2 ‰)

Einen *Schlotterkamm* wiesen 5 Patienten auf, davon 4 Patienten (11,1 ‰) im Oberkiefer-Frontzahnbereich und 1 Patient (2,8 ‰) im gesamten Oberkiefer.

Fibrös unterlagerte Kämme hatte kein Patient.

Zusammenfassung:

Kiefer gut	17 Patienten (47,2 ‰)
befriedigend	7 Patienten (19,4 ‰)
ungünstig	12 Patienten (33,3 ‰)

Weichteile:

Zunge:

Ansatz Zungenband: Mundboden:		Größe:		Zungenspiel:	
hoch:	27 (75 ‰)	27 (75 ‰)	klein:	10 (27,8 ‰)	ruhig: 26 (72,2 ‰)
tief:	9 (25 ‰)	9 (25 ‰)	groß:	26 (72,2 ‰)	nervös: 10 (27,8 ‰)

Wangen:

Ansatz Wangen:		Tonus:	
hoch:	22 (61,1 ‰)	locker:	29 (80,6 ‰)
unterschiedlich:	5 (13,8 ‰)	straff:	7 (19,5 ‰)
tief:	9 (25 ‰)		

Lippen:

Ansatz Lippenband:		Länge:		Tonus:	
hoch:	22 (61,1 ‰)	lang:	14 (38,9 ‰)	locker:	29 (80,6 ‰)
unterschiedl.:	5 (13,8 ‰)	kurz:	2 (5,5 ‰)	straff:	7 (19,5 ‰)
tief:	9 (25 ‰)	normal:	20 (55,5 ‰)		

Schleimhaut:

locker:	straff:	entzündet:	gut durchbl.:	schlecht durchbl.:
4 (11,1 ‰)	32 (88,9 ‰)	2 (3,5 ‰)	30 (83,3 ‰)	6 (16,7 ‰)

Zusammenfassung der Weichteile:

gut	7 Patienten (19,4 ‰)
befriedigend	27 Patienten (75 ‰)
ungünstig	2 Patienten (5,5 ‰)

Speichel: Der Speichel war bei 30 Patienten (83,3 ‰) reichlich und bei 6 Patienten (16,7 ‰) wenig. Seine Beschaffenheit war bei 8 Patienten (22,2 ‰) serös, bei 13 Patienten (36,2 ‰) mucös und bei 15 Patienten (41,6 ‰) sero-mucös.

Bißverhältnisse:

orthognath	20 (55,5 ‰)
progen	13 (36,2 ‰)
prognath	3 (8,3 ‰)

4 Patienten (11,1 ‰) hatten sekundäre Progenie. 2 Patienten (5,5 ‰) gaben an, daß sie bereits im natürlichen Gebiß Progenie gehabt hätten.

Zusammenfassung des Mundbefundes:

Mundbefund gut	10 Patienten (27,8 ‰)
befriedigend	18 Patienten (50 ‰)
ungünstig	8 Patienten (22,2 ‰)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

	Ventilrand:	Ausdehnung:	Distale Abdämmung:
gut:	28 (77,3 ‰)	30 (83,3 ‰)	20 (55,5 ‰)
schlecht:	8 (22,7 ‰)	6 (16,7 ‰)	16 (44,5 ‰)

Torusementlastung:

Patienten mit zu entlastendem Torus 26 = 100 ‰	genügend: ungenügend: nicht entl.: zu viel:	17 (65,4 ‰) 4 (15,4 ‰) 4 (15,4 ‰) 1 (3,8 ‰)
---	--	---

Tuberaumfassung:

Patienten mit ausgeprägten Tubera: 22 = 100 ‰	gut: schlecht: nicht umfaßt:	15 (68,2 ‰) 5 (22,7 ‰) 2 (9,9 ‰)
--	------------------------------------	---

Zusätzliche Verankerung der Oberkieferprothese:

Stadlerrillen	6 (16,7 ‰)
Saugkammern	10 (27,8 ‰)
Gummisauger	5 (13,8 ‰)
Gebißfedern	1 (2,8 ‰)
Abschlußleisten	6 (16,7 ‰)

Basisgestaltung der Unterkieferprothese:

Aussparung von Bänder- und Muskelansätzen:

gut:	schlecht:	nicht:
21 (58,3 ‰)	13 (36,1 ‰)	2 (5,5 ‰)

Zusätzliche Verankerungen der Unterkieferprothese:

Lingualflügel	14	entfernt	1
Zungenfortsatz	7	—	—

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

gut	14 (38,9 ‰)
befriedigend	18 (50 ‰)
unbefriedigend	4 (11,1 ‰)

Aufstellung der Zähne:

Aufstellungsarten:

Falk:	24 (66,7 ‰)
Spee'scher Kurve:	9 (25 ‰)
nicht erkennbar:	3 (8,3 ‰)

Stellung der Frontzähne zum Kamm:

auf dem Kamm	vor dem Kamm	hinter d. Kamm	invertiert
29 (80,5 ‰)	7 (19,4 ‰)	—	4 (11,1 ‰)

Schneidezahnüberbiß:

zu stark:	zu schwach:	Kopfbiß:
4 (11,1 ‰)	1 (2,8 ‰)	2 (5,5 ‰)

Größe der Frontzähne:

gut	zu klein:	zu groß:	zu schmal:
22 (61,1 ‰)	9 (25,0 ‰)	4 (11,1 ‰)	1 (2,8 ‰)

Aufstellung der Molaren:

	Kompensationskurven:	intermaxilläre Verbindungslinien:
berücksichtigt:	29 (80,5 ‰)	27 (75 ‰)
teilw. berücks.:	5 (13,8 ‰)	3 (8,3 ‰)
nicht berücks.:	2 (5,5 ‰)	6 (16,7 ‰)

Bißhöhe:

gut	29 (80,5 ‰)
zu hoch	—
zu niedrig	7 (19,4 ‰)

Zusammenfassung der Aufstellung der Zähne:

gut	10 (27,8 ‰)
befriedigend	23 (63,9 ‰)
unbefriedigend	3 (8,3 ‰)

Funktion der Prothesen:

Form der Frontzähne:

Dem Gesicht entsprechend:	Nicht dem Gesicht entsprechend:
34 (94,5 ‰)	2 (5,5 ‰)

Höckerbild der Molaren:

eingeschliffen:	nicht eingeschliffen:	abgeschliffen:
16 (44,5 ‰)	6 (16,7 ‰)	14 (38,9 ‰)

	Okklusion:	Artikulation:	Sprache:
gut:	16 (44,4 ‰)	12 (33,3 ‰)	25 (69,4 ‰)
befriedigend:	9 (25 ‰)	12 (33,3 ‰)	8 (22,2 ‰)
unbefriedigend:	11 (36,5 ‰)	12 (33,3 ‰)	3 (8,3 ‰)

Nachträgliche Mängel sind bei 17 Patienten (47,2 %) aufgetreten; Bißsenkung bei 8 Patienten (22,2 %), offener Biß bei 8 Patienten (22,2 %) und Nachlassen der Haftfähigkeit bei 5 Patienten (13,8 %). Ursächlich kam dafür in Frage: Resorption des Ober- und Unterkieferfrontzahnbereichs in 2 Fällen, des Ober- und Unterkiefermolarenbereichs in 2 Fällen, des gesamten Oberkiefers in 1 Falle, des gesamten Unterkiefers in 2 Fällen, des Oberkieferfrontzahnbereichs und des gesamten Unterkiefers bzw. der beiden Kiefer insgesamt in je 1 Falle, starke Abnützung der Zähne bei 4 Patienten.

Zusammenfassung der Funktion der Prothesen:

gut	14 Patienten (38,9 %)
befriedigend	11 Patienten (30,5 %)
unbefriedigend	11 Patienten (30,5 %)

Material der Prothesen: Das Basismaterial der Prothesen war aus Paladon, nur bei 2 Patienten war die Unterkieferprothese aus Kautschuk hergestellt. Das Material war in allen Fällen gut polymerisiert bzw. vulkanisiert.

Material der Zähne:

Porzellan insgesamt	Kunststoff insgesamt	OK Kunststoff UK Porzellan	Front Kunststoff
27 (75 %)	2 (5,5 %)	3 (8,3 %)	4 (11,1 %)

Abrasion:

Kunststoff geg. Porzellan	Kunststoff geg. Kunststoff	Porzellan geg. Porzellan
7 (19,5 %, 100 %)	—	6 (16,7 %, 19,3 %)

Zusammenfassung der Therapie:

Therapie gut	9 (25,0 %)
befriedigend	21 (58,3 %)
unbefriedigend	6 (16,7 %)

IV. Gewöhnung:

19 Patienten hatten früher schon einen Plattenersatz getragen, davon 11 eine totale obere und untere Prothese; von diesen konnte sich nur 1 Patient nicht an die neuen Prothesen gewöhnen; er konnte sie nur als Schaprothese tragen, weil er, wie schon erwähnt, versucht hatte, Druckstellenentfernung in Selbstbehandlung durch Erwärmen der Prothese auf der Ofenplatte zu betreiben. Alle anderen Patienten konnten ihre Prothesen inkorporieren. Die Eingewöhnungszeit setzte bei 4 Patienten sofort ein — sie hatten keine Druckstellen — und bei den übrigen Patienten nach Entfernung der Druckstellen. Bei 5 Patienten war die Inkorporation vollkommen, 5 Patienten waren durch kleine Mängel nicht gestört; allerdings ging bei 2 Patienten die Zufriedenheit wieder verloren durch nachträglich

aufgetretene Mängel wie Nachlassen der Saugkraft und Störungen in der Kaufunktion; diese Patienten hatten sehr schlecht hergestellte Prothesen; außerdem traten noch offener Biß und lockerer Sitz der Prothesen auf durch Atrophie der Kiefer.

Von den 25 Patienten, die noch keinen oberen und unteren Ersatz getragen hatten, konnten sich 6 Patienten nicht an die neuen Prothesen gewöhnen; 3 Patienten benützten ihre Prothesen nur als Schauprothese wegen Störungen in der Kaufunktion (2 Patienten) und dauernder Druckstellen (1 Patient). 2 Patienten benützten sie nur als Kauprothese wegen nicht zufriedenstellender Kosmetik. 1 Patient trug seine Unterkieferprothese nicht; er hatte Schleimhautbrennen und Brechreiz.

19 Patienten waren mit ihren Prothesen zufrieden, 13 davon hatten sie vollkommen inkorporiert; nur 1 Patient hatte anfänglich stärkere Beschwerden durch anhaltende Druckstellen. 6 Patienten waren bedingt zufrieden, die Eingewöhnungszeit wurde durch kleinere Mängel verlängert.

V. Die häufigsten Fehler:

Nach Angaben der Patienten waren die häufigsten Fehler:

Druckstellen	28 (77,8 %)
Kaufunktion	5 (13,8 %)
Kosmetik	5 (13,8 %)
Sprachfunktion	1 (2,8 %)
Schleimhautbrennen	1 (2,8 %)
Brechreiz	1 (2,8 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	1 (2,8 %)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	1 (2,8 %)

Die häufigsten bei objektiver Betrachtung festgestellten Fehler betrafen:

Aufstellung der Zähne	26 (72,2 %)
Größenauswahl	14 (38,9 %)
Zähne neben dem Kamm	7 (19,4 %)
Intermaxilläre Verbindungslinien	9 (25,0 %)
Kompensationskurven	7 (19,4 %)
Bißhöhe	7 (19,4 %)
Überbiß	6 (16,7 %)
Basisgestaltung	22 (61,1 %)
Distale Abdämmung	16 (44,5 %)
Basis der Unterkieferprothese	15 (41,6 %)
Torusentlastung	26 = 100 % 9 (34,6 %)
Tuberaumfassung	22 = 100 % 7 (33,3 %)

Ventilrand	8 (22,2 %)
Ausdehnung	6 (16,7 %)
Funktion der Prothesen	22 (61,1 %)
Artikulation	24 (66,7 %)
Okklusion	20 (55,5 %)
Höckerbild	20 (55,5 %)
Sprachfunktion	11 (30,5 %)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Von den 29 zufriedenen Patienten hatten 8 (27,6 %) gut hergestellte Prothesen, 19 (65,5 %) Prothesen mit befriedigender Therapie und 2 Patienten (6,9 %) Prothesen mit unbefriedigender Therapie.

Von den 7 unzufriedenen Patienten hatte 1 Patient (14,3 %) Prothesen mit guter Therapie (dieser Patient hat seine Prothesen durch Erwärmen zerstört), hatten 2 Patienten (28,6 %) Prothesen mit befriedigender Therapie und 4 Patienten (57,1 %) Prothesen mit unbefriedigender Therapie.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Von den 10 Patienten mit günstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	6 (60,0 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	3 (30,0 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	1 (10,0 %)

Von den 18 Patienten mit befriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	2 (11,1 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	14 (77,8 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	2 (11,1 %)

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	1 (12,5 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	4 (50,0 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	3 (37,5 %)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Von den 10 Patienten mit günstigem Mundbefund waren 8 Patienten zufrieden und 2 Patienten unzufrieden.

Von den 18 Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren 16 Patienten zufrieden und 2 Patienten unzufrieden.

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren 5 Patienten zufrieden und 3 Patienten unzufrieden.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Faldk: 24 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 10 Patienten (41,6 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	6 Patienten (25,0 %)
Sekundäre Progenie	2 Patienten (8,3 %)
Offener Biß	5 Patienten (20,8 %)
Bißsenkung	6 Patienten (25,0 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	2 Patienten (8,3 %)
Resorption der Kiefer	6 Patienten (25,0 %)

Mit Spee'scher Kurve: 9 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 4 Patienten (44,4 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	2 Patienten (22,2 %)
Sekundäre Progenie	2 Patienten (22,2 %)
Offener Biß	1 Patient (11,1 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	1 Patient (11,1 %)
Resorption der Kiefer	1 Patient (11,1 %)
Bißsenkung	1 Patient (11,1 %)

Sonstige und nicht erkennbare Aufstellungen: 3 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 2 Patienten (66,7 %)

dabei sind aufgetreten:

Offener Biß	1 Patient (33,3 %)
Bißsenkung	1 Patient (33,3 %)
Resorption der Kiefer	2 Patienten (66,7 %)

J A H R G A N G 1 9 5 0

Vom Jahrgang 1950 sind 145 Patienten zur Nachuntersuchung gebeten worden. Davon sind 43 Patienten erschienen. Rückantworten wegen Krankheit, Todesfall oder Umzug erhielten wir von 31 Patienten.

Gebeten	145 Patienten
erschienen	43 Patienten (29,9 %)
abgesagt	31 Patienten (21,4 %)

Von den 43 erschienenen Patienten konnten 3 bei den Untersuchungen nicht berücksichtigt werden, da diese ihre Prothesen nicht mitgebracht hatten und somit auch kein Befund erhoben werden konnte. Es konnten nur 40 Patienten untersucht werden, das sind 27,6 % der gebetenen Patienten.

Wertungsgrundlage ist $40 = 100 \%$.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: 21 Patienten hatten früher schon Plattenersatz getragen (52,5 %, davon 12 (30 %) eine totale obere und untere Prothese. Als Grund für die Neuanfertigung gaben 8 Patienten eine kaufunktionelle Verschlechterung an, je 1 Patient war mit Kau- und Sprachfunktion bzw. mit Kau-, Sprachfunktion und Kosmetik nicht mehr zufrieden. 2 Patienten machten keine näheren Angaben über den Grund ihrer Unzufriedenheit. Von diesen 12 Patienten waren 3 mit den neuen Prothesen nicht zufrieden.

Die neuen Prothesen waren in Gebrauch als:

Kau- und Schauprothese	28 Patienten (70 %)
Schauprothese	4 Patienten (10 %)
nur 1 Prothese	4 Patienten (10 %)
keiner Prothese	4 Patienten (10 %)

Druckstellen:

Ohne Druckstellen	13 Patienten (32,5 %)
mit Druckstellen	27 Patienten (67,5 %)
Anfangsdruckstellen bis zu 3 Sitzungen	21 Patienten (52,5 %)
Dauerdruckstellen mehr als 3 Sitzungen	2 Patienten (5,0 %)
nicht beseitigte Druckstellen	4 Patienten (10,0 %)

Bei den 21 Patienten mit Anfangsdruckstellen waren auch 2 Patienten, die sich in Selbstbehandlung die Druckstellen entfernten, und 4 Patienten, bei denen die Druckstellen von selbst vergingen.

Bei den 2 Patienten mit Dauerdruckstellen waren 5 Sitzungen zur Beseitigung notwendig.

Von den Patienten mit nicht beseitigten Druckstellen verloren 3 Patienten nach mehreren vergeblichen Beseitigungsversuchen die Geduld und ließen die Unterkieferprothese, die die Ursache der Druckstellen war, aus dem Mund; 1 Patient nahm die Hilfe der Klinik nicht in Anspruch und verzichtete von Anfang an auf seine Unterkieferprothese.

Lokalisation der Druckstellen: 27 = 100 %

Druckstellen im Unterkiefer	26 (96,3 %)
Davon im Molarenbereich buccal	7 (29,6 %)
im Eckzahngebiet	5 (18,5 %)
vereinzelt	4 (14,8 %)
insgesamt	4 (14,8 %)
im Molarengebiet lingual	3 (11,1 %)
im Frontzahngebiet	3 (11,1 %)

Druckstellen im Oberkiefer	5 (18,5 %)
Davon im Bereich d. Proc. cygomat.	2 (7,4 %)
vereinzelt	2 (7,4 %)
insgesamt	1 (3,7 %)

Reparaturen wurden bei 14 Patienten ausgeführt; dabei war an der Oberkieferprothese in 1 Falle ein Sprung, in 2 Fällen ein Bruch zu reparieren und in 7 Fällen ein Zahn zu ersetzen; im Unterkiefer war in 4 Fällen ein Bruch zu reparieren und in 6 Fällen ein Zahn zu ersetzen.

Eine *Unterfütterung* wurde nicht vorgenommen.

Eine *Beschwerung* an der Unterkieferprothese wurde bei 5 Patienten angebracht. Sie bestand bei 2 Patienten aus Amalgam-Kautschuk, bei 2 Patienten aus einer Zinnbasis und bei 1 Patienten aus Wolfram. 1 Patient konnte trotz Beschwerde nicht zurechtkommen, er benützte seine Prothesen nur als Schauprothesen.

Klagen der Patienten:

Patienten ohne Klagen	20 (50 %)
Patienten mit Klagen	20 (50 %)
Klagen über einzelne Funktionen	6 (15 %)
Klagen über mehrere Funktionen	14 (35 %)

Klagen im Einzelnen:

Kaufunktion	15 (37,5 %)
Sprachfunktion	11 (27,5 %)
Saugkraft der Oberkieferprothese	9 (22,5 %)
Sitz der Unterkieferprothese	9 (22,5 %)
Kosmetik	5 (12,5 %)
Brechreiz	2 (5,0 %)
Klappern bei Sprechen	1 (2,5 %)

Subjektive Zufriedenheit: 20 Patienten waren mit ihren Prothesen voll zufrieden. 8 weitere Patienten waren nur bedingt zufrieden wegen nachträglicher Haltlosigkeit der Oberkieferprothese, wegen Schmerzen nach längerem Tragen (am Gaumen durch Gummisauger und am ganzen Unterkiefer), wegen Klappern der Prothesen beim Sprechen, wegen zu kleiner Oberkieferzähne und wegen zu tiefem Biß und dadurch Störungen in der Kaufunktion; 1 Patient litt unter zeitweiligem Brechreiz.

4 Patienten waren nur teilweise mit ihren Prothesen zufrieden; sie trugen sie nur als Schauprothese.

4 Patienten waren mit einem Prothesenteil, der Unterkieferprothese, nicht zufrieden, den sie auch nicht in Gebrauch hatten.

4 Patienten waren mit keinem Prothesenteil zufrieden; 1 Patient konnte seine Prothesen wegen nicht entfernbarer Druckstellen und 3 Patienten wegen großer funktioneller Mängel nicht tragen.

Mit Prothesen zufrieden	20 (50 %)
Mit Prothesen bedingt zufrieden	8 (20 %)
Mit Prothesen teilweise zufrieden	4 (10 %)
Mit 1 Prothese zufrieden	4 (10 %)
Mit keiner Prothese zufrieden	4 (10 %)

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer:

Gaumen:			Tubera:			Unter-sich-gehende Stellen:
hoch:	22 (55 %)	ausgeprägt:	26 (65 %)	ausgeprägt:	10 (25 %)	
flach:	3 (7,5 %)	nicht ausg.:	14 (35 %)	nicht ausg.:	30 (75 %)	
niedrig:	15 (37,5 %)					

Kieferkämme:

hoch-rund:	17 (42,5 %)	nieder-rund:	10 (25 %)	OK hoch-rund
hoch-spitz:	1 (2,5 %)	nieder-spitz:	5 (12,5 %)	UK nieder-flach-spitz
				7 (17,5 %)

Paratubärer Raum:		Fovea mylohyoid.:	Torus:
ausgeprägt:	30 (75 %)	39 (97,5 %)	34 (85 %)
nicht ausg.:	10 (25 %)	1 (2,5 %)	6 (15 %)

Einen *Schlotterkamm* hatten 4 Patienten (10 %), 3 davon nur im Frontzahn-bereich des Oberkiefers und 1 Patient am gesamten Oberkiefer. Fibrös unter-lagerte Kämme hatten 2 Patienten im Seitenzahngebiet des Oberkiefers.

Zusammenfassung:

Kiefer gut	13 (32,5 %)
befriedigend	15 (37,5 %)
ungünstig	12 (30,0 %)

Weichteile:

Zunge:

Ansatz	Zungenband:	Mundboden:	Größe:	Zungenspiel:
hoch:	25 (62,5 %)	20 (50 %)	klein: 16 (40 %)	ruhig: 35 (87,5 %)
tief:	15 (37,5 %)	20 (50 %)	groß: 24 (60 %)	nervös: 5 (12,5 %)

Wangen:

Ansatz der Wangen:

hoch:	26 (65,0 %)
unterschiedlich:	4 (10,0 %)
tief:	10 (25,0 %)

Tonus:

locker:	27 (67,5 %)
straff:	13 (32,5 %)

Lippen:

Ansatz Lippen:

hoch:	16 (40,0 %)
untersch.:	3 (7,5 %)
tief:	21 (52,5 %)

Länge:

lang:	11 (27,5 %)
kurz:	3 (7,5 %)
normal:	26 (65,0 %)

Tonus:

locker:	26 (65,0 %)
straff:	14 (35,0 %)

Schleimhaut:

locker:	straff:	entzündet:	hyperthroph.:	gut durchblutet	schlecht durchblutet
4 (10,0 %)	36 (90,0 %)	5 (12,5 %)	2 (5,0 %)	35 (87,5 %)	5 (12,5 %)

Zusammenfassung:

Weichteile	günstig	12 (30,0 %)
	befriedigend	23 (57,5 %)
	ungünstig	5 (12,5 %)

Speichel: Der Speichelfluß war in 31 Fällen (77,5 %) ausreichend; 9 Patienten (22,5 %) hatten zu geringen Speichelfluß. Die Beschaffenheit des Speichels war bei 8 Patienten (20,0 %) serös bei 17 Patienten (42,5 %) mucös und bei 15 Patienten (37,5 %) sero-mucös.

Bißverhältnisse:

orthognath	19 (47,2 %)
progen	11 (27,5 %)
prognath	10 (25,0 %)
primäre Progenie	1 (2,5 %)
sekundäre Progenie	6 (15,0 %)

Zusammenfassung des Mundbefunds:

günstig	16 (40,0 %)
befriedigend	20 (50,0 %)
ungünstig	4 (10,0 %)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

Ventilrand:	Ausdehnung:	Distale Abdämmung:
gut:	25 (62,5 %)	28 (70,0 %)
schlecht:	15 (37,5 %)	12 (30,0 %)
		34 (85,0 %)
		6 (15,0 %)

Torulentlastung:

Patienten mit	genügend	27 (79,4 %)
zu entlastendem	ungenügend:	1 (2,9 %)
Torus: 34 = 100 %	nicht entlastet	6 (17,6 %)

Bsp. 2 Patienten wurde eine Torulentlastung gemacht obwohl kein hervortretender Torus vorhanden war.

Tuberaumfassung:

Patienten mit	gut umfaßt	15 (57,7 %)
ausgeprägten Tubera:	schlecht umfaßt	11 (42,3 %)
26 = 100 %	nicht umfaßt	—

Zusätzliche Verankerung der Oberkieferprothese:

Stadterrillen:	Zahnfleischpelotten	Saugkammern:
27	1	4
Gummisauger:		Abschlußleisten:
5		5

Basisgestaltung der Unterkieferprothesen:

Ausparung von Muskeln und Schleimhautbändern

gut:	schlecht:	nicht:	zu viel:
28 (70,0 %)	12 (30 %)	—	—

Zusätzliche Verankerungen der Unterkieferprothesen:

Lingualflügel	11	entfernt	—
Zungenfortsatz	—	—	—

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

gut	16 (40,0 %)
befriedigend	19 (47,5 %)
unbefriedigend	5 (12,5 %)

Aufstellung der Zähne:

Aufstellungsarten:

nach Falck:	34 (85,0 %)
mit Spee'scher Kurve:	5 (12,5 %)
nicht erkennbar:	1 (2,5 %)

Aufstellung der Frontzähne:

auf dem Kamm:	vor dem Kamm:	hinter dem Kamm:	invertiert:
32 (80,0 ‰)	7 (17,5 ‰)	1 (2,5 ‰)	3 (7,5 ‰)

Schneidezahnüberbiß

zu stark:	zu schwach:	Kopfbiß:
6 (15,0 ‰)	4 (10,0 ‰)	5 (12,5 ‰)

Größe der Frontzähne:

gut:	zu groß:	zu klein:	zu schmal:
28 (70,0 ‰)	4 (10,0 ‰)	7 (17,5 ‰)	1 (2,5 ‰)

Aufstellung der Molaren:

	Kompensationskurven:	intermaxilläre Verbindungslinien:
berücksichtigt:	30 (75,0 ‰)	37 (92,5 ‰)
teilw. berücks.:	7 (17,5 ‰)	2 (5,0 ‰)
nicht berücks.:	3 (7,5 ‰)	1 (2,5 ‰)

Bißhöhe:

gut	zu hoch:	zu niedrig:
33 (82,5 ‰)	2 (5,0 ‰)	5 (12,5 ‰)

Zusammenfassung:

Aufstellung gut	14 (35,0 ‰)
befriedigend	20 (50,0 ‰)
unbefriedigend	6 (15,0 ‰)

Funktion der Prothesen:

Form der Frontzähne:

dem Gesicht entsprechend:	nicht dem Gesicht entsprechend:
35 (87,5 ‰)	5 (12,5 ‰)

Höckerbild der Molaren:

eingeschliffen:	nicht eingeschliffen:	abgeschliffen:
8 (20,0 ‰)	8 (20,0 ‰)	24 (60,0 ‰)

	Okklusion:	Artikulation:	Sprache:
gut:	13 (32,5 ‰)	11 (27,5 ‰)	27 (67,5 ‰)
befriedigend:	16 (40,0 ‰)	14 (35,0 ‰)	6 (15,0 ‰)
unbefriedigend:	11 (27,5 ‰)	15 (37,5 ‰)	7 (17,5 ‰)

Nachträgliche Mängel sind aufgetreten: Bißsenkung bei 7 Patienten (17,5 %), offener Biß bei 6 Patienten (15,0 %), Nachlassen der Saugkraft der Oberkieferprothese bei 6 Patienten (15,0 %).

Starke Resorption der Kieferkämme hatten 3 Patienten (je 1 Patient im Oberkieferfrontzahnggebiet und am gesamten Unterkiefer, im Oberkiefermolarengebiet und am gesamten Unterkiefer und am gesamten Ober- und Unterkiefer).

Zusammenfassung der Funktion:

gut:	9 (22,5 %)
befriedigend	15 (37,5 %)
unbefriedigend:	16 (40,0 %)

Material der Prothesen:

Basismaterial: Das Basismaterial war bei 37 Patienten aus Paladon, 2 Patienten hatten eine Kautschuk-Unterkieferprothese und 1 Patient hatte Ober- und Unterkieferprothese aus Kautschuk. Der Zustand der Prothesen war gut, nur 2 Patienten hatten poröse Prothesen.

Material der Zähne:

Porzellan insgesamt	OK Kunststoff UK Porzellan	Front Kunststoff
13 (32,5 %)	26 (65,0 %)	1 (2,5 %)

Abrasion:

Kunststoff gegen Porzellan: 27 Pat.	Porzellan gegen Porzellan: 13 Pat.
12 (44,4 %)	8 (57,1 %)

Zusammenfassung der Therapie:

gut	11 (27,5 %)
befriedigend	21 (52,5 %)
unbefriedigend	8 (20,0 %)

IV. Gewöhnung:

21 Patienten hatten früher schon Plattenersatz getragen, davon 12 ein totale obere und untere Prothese; von diesen konnten sich 3 Patienten nicht an die neuen Prothesen gewöhnen; der Grund dafür war bei 2 Patienten die unbefriedigende Herstellung der Prothesen und beim 3. Patienten neben der unbefriedigenden Herstellung der ungünstige Mundbefund. Von den restlichen 9 Patienten hatten sich 7 nach Beseitigung der Anfangsdruckstellen schnell an die neuen Prothesen gewöhnt, obwohl an den Prothesen von 4 Patienten nach objektiver Prüfung Mängel zu beanstanden waren. 2 Patienten hatten nach ihren Angaben anfänglich geringe funktionelle Schwierigkeiten zu überwinden; dabei ist aber zu berücksichtigen, daß diese Patienten einen ungünstigen Mundbefund aufwiesen.

28 Patienten hatten früher noch keinen totalen oberen und unteren Ersatz getragen, davon konnten sich 9 nicht an ihre Prothesen gewöhnen; der Grund dafür war bei 6 Patienten eine bei objektiver Betrachtung unbefriedigende Herstellung des Ersatzes; 3 Patienten hatten nicht beseitigte Druckstellen; von diesen 9 Patienten hatten 5 einen günstigen, 3 einen befriedigenden und 1 Patient einen unbefriedigenden Mundbefund. 19 Patienten konnten sich an ihre Prothesen gewöhnen, davon 10 nach Beseitigung der Anfangsdruckstellen bzw. der Überwindung geringer funktioneller Schwierigkeiten. Alle Patienten, bei denen die Gewöhnung längere Zeit in Anspruch nahm, hatten nicht einwandfrei hergestellte Prothesen (zum Teil allerdings mit nur geringen Mängeln).

V. Die häufigsten Fehler:

Nach Angaben der Patienten waren die häufigsten Mängel:

Druckstellen	27 (67,5 %)
Kaufunktion	15 (37,5 %)
Sprachfunktion	11 (27,5 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	9 (22,5 %)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	9 (22,5 %)
Kosmetik	5 (12,5 %)
Brechreiz	2 (5,0 %)

Die häufigsten nach objektiver Beurteilung festgestellten Fehler waren:

Funktion der Prothesen	31 (77,5 %)
Einschleifen	32 (80,0 %)
Artikulation	29 (72,5 %)
Okklusion	27 (67,5 %)
Aussprache	13 (32,5 %)
Aufstellung der Zähne	26 (65,0 %)
Frontzahnüberbiß	10 (25,0 %)
Größenauswahl	10 (25,0 %)
Kompensationskurven	10 (25,0 %)
Intermaxilläre Verbindungslinien	8 (20,0 %)
Zähne neben dem Kamm	7 (17,5 %)
Bißhöhe	7 (17,5 %)
Basisgestaltung	24 (60,0 %)
Tuberaumfassung 26 = 100 %	11 (42,7 %)
Ventilrand	15 (37,5 %)
Basisgestaltung der Unterkieferprothese	12 (30,0 %)
Ausdehnung	12 (30,0 %)
Torusentlastung 34 = 100 %	7 (30,0 %)
Distale Abdämmung	6 (15,0 %)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Von den 28 Patienten, die mit ihren Prothesen zufrieden waren, hatten 11 (39,3 %) Prothesen mit guter Therapie, 13 (46,4 %) Prothesen mit befriedigender Therapie und 4 (14,3 %) Prothesen mit unbefriedigender Therapie.

Von den 12 Patienten, die mit ihren Prothesen nicht zufrieden waren, hatten 0 Patienten Prothesen mit guter Therapie, 8 (66,7 %) Prothesen mit befriedigender Therapie und 4 (33,3 %) Prothesen mit unbefriedigender Therapie.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Von den 16 Patienten mit günstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	4 (25,0 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	8 (50,0 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	4 (25,0 %)

Von den 20 Patienten mit befriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	4 (20,0 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	12 (60,0 %)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	4 (20,0 %)

Von den 4 Patienten mit ungünstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	3 (75,0 %)
Prothesen mit befriedigender Therapie	1 (25,0 %)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Von den 16 Patienten mit günstigem Mundbefund waren 9 Patienten zufrieden und 7 Patienten unzufrieden.

Von den 20 Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren 16 Patienten zufrieden und 4 Patienten unzufrieden.

Von den 4 Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren 3 Patienten zufrieden und 1 Patient unzufrieden.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Falck: 34 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 16 Patienten (47,1 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	9 Patienten (26,7 %)
Sekundäre Progenie	5 Patienten (14,7 %)
Bißsenkung	5 Patienten (14,7 %)
Offener Biß	5 Patienten (14,7 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	5 Patienten (14,7 %)
Resorption der Kiefer	3 Patienten (8,8 %)

Mit Spee'scher Kurve: 5 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 4 Patienten (80,0 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	4 Patienten (80,0 %)
Sekundäre Progenie	1 Patient (20,0 %)
Offener Biß	1 Patient (20,0 %)
Bißsenkung	1 Patient (20,0 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	1 Patient (20,0 %)

Nicht erkennbare Aufstellungsart: 1 Patient

keine nachträglichen Mängel.

J A H R G A N G 1 9 5 1

Vom Jahrgang 1951 sind 247 Patienten zu der Nachuntersuchung gebeten worden. Davon sind 82 Patienten erschienen. Rückantworten wegen Todesfall, Krankheit oder Umzug mit unbekanntem Ziel erhielten wir von 65 Patienten.

gebeten	247 Patienten
erschienen	82 Patienten (33,2 %)
abgesagt	65 Patienten (26,3 %)

Von diesen 82 erschienenen Patienten konnten 6 bei der Untersuchung nicht berücksichtigt werden, da 3 Patienten ihre Klinikprothese nicht mitgebracht hatten und bei 3 Patienten die Prothesen gebrochen waren; somit konnte auch kein genauer Befund erhoben werden. Untersucht wurden 76 Patienten, das sind 30,8 % der gebetenen Patienten.

Wertungsgrundlage ist $76 = 100\%$.

I. Anamnese:

Gebrauch der Prothesen: 55 Patienten hatten früher schon einen Plattenersatz getragen, davon 21 eine totale obere und untere Prothese (27,6 %); als Grund für die Neuankfertigung gaben alle 21 Patienten kaufunktionelle Behinderung an; 2 Patienten beanstandeten außerdem noch kosmetische Mängel und 1 Patient machte seine Prothesen für die schlechte Aussprache verantwortlich. 2 Patienten konnten sich auch später nicht an die neuen Prothesen gewöhnen.

Die neuen Prothesen waren in Gebrauch:

als Kau- und Schauprothese	57 Patienten (74,9 %)
als Schauprothese	9 Patienten (11,9 %)
als Kauprothese	1 Patient (1,3 %)
1 Prothesenteil	7 Patienten (9,2 %)
keiner Prothese	2 Patienten (2,6 %)

Druckstellen:

Ohne Druckstellen	18 (23,7 %)
mit Druckstellen	58 (76,3 %)
Anfangsdruckstellen bis zu 3 Sitzungen	44 (57,9 %)
Dauerdruckstellen mehr als 3 Sitzungen	7 (9,2 %)
nicht beseitigte Druckstellen	7 (9,2 %)

Bei den Patienten mit Anfangsdruckstellen waren 5, die sich selbst halfen und 10, bei denen die Druckstellen von selbst vergingen.

Lokalisation: 58 = 100 %

Druckstellen im Unterkiefer	54 (93,1 %)
davon im Molarengebiet	28 (46,5 %)
insgesamt	12 (20,7 %)
vereinzelt	9 (15,5 %)
im Frontzahnggebiet	4 (6,9 %)
im Eckzahnggebiet	1 (1,7 %)
Druckstellen im Oberkiefer	5 (8,6 %)
davon im Gebiet d. Proc.cygom.	2 (3,4 %)
im Gaumen	1 (1,7 %)
an den Tubera	1 (1,7 %)
vereinzelt	1 (1,7 %)

Reparaturen sind bei 16 Patienten ausgeführt worden, im Oberkiefer 5mal ein Bruch, 4mal ein Sprung und 3mal ein Zahn ersetzt, im Unterkiefer 4mal ein Bruch und 3mal ein Zahn ersetzt.

Unterfütterungen wurden bei 1 Patienten infolge schlechten Halts der Prothesen gemacht.

Beschwerden wurden bei 8 Patienten in die Unterkieferprothese eingebaut, in 6 Fällen Wolfram, in 1 Falle eine Zinnbasis und in 1 Falle Metallblöcke, die mit ihren Ecken allerdings in die Schleimhaut drückten; 2 Patienten waren nicht zufrieden, der 1 Patient wegen Druckstellen und der 2. Patient wegen Haltlosigkeit der Unterkieferprothese infolge ungünstiger Mundverhältnisse.

Klagen der Patienten:

Ohne Klagen	46 (60,6 %)
mit Klagen	30 (39,4 %)
Klagen über einzelne Funktionen	13 (17,1 %)
Klagen über mehrere Funktionen	17 (22,3 %)
Klagen im Einzelnen:	
Kaufunktion	23 (30,3 %)

Sitz der Unterkieferprothese	12 (15,8 %)
Sprachfunktion	10 (13,2 %)
Kosmetik	7 (9,2 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	6 (7,9 %)
Bredreiz	1 (1,3 %)

Subjektive Zufriedenheit: 42 Patienten waren mit ihren Prothesen voll zufrieden, obwohl darunter 2 Patienten waren, die seit dem Einsetzen der Prothesen geringe Druckstellen hatten und diese nicht beseitigt worden sind. 15 Patienten waren nur bedingt zufrieden wegen Kaubehinderung durch die Unterkieferprothesen (7 Patienten, davon 5 erst nachträglich), wegen der Kosmetik (4 Patienten), wegen Kaubehinderung durch Oberkieferprothese (3 Patienten) und wegen der Aussprache (1 Patient).

10 Patienten trugen ihre Prothesen nur zu bestimmten Funktionen; 1 Patient gebrauchte sie nur als Kauprothese, er war mit der Kosmetik nicht zufrieden; 9 Patienten trugen sie nur als Schauprothesen. 7 Patienten waren mit 1 Prothesenteil nicht zufrieden; in allen Fällen war es die Unterkieferprothese, die nicht getragen wurde; der Grund war schlechter Sitz, Hochsteigen oder Wackeln der Prothesen; in 1 Falle war der Patient mit der Kosmetik nicht zufrieden. 2 Patienten waren mit keinem Prothesenteil zufrieden, sie trugen ihre Prothesen seit langer Zeit nicht mehr.

Mit Prothesen sehr zufrieden	42 (55,3 %)
Mit Prothesen bedingt zufrieden	15 (19,7 %)
Mit Prothesen teilweise zufrieden	10 (13,2 %)
Mit 1 Prothese zufrieden	7 (9,2 %)
Mit keiner Prothese zufrieden	2 (2,6 %)

II. Mundbefund:

Gaumen und Kiefer:

Gaumen:	Tubera:	Unter-sich-gehende Stellen:
hoch: 20 (26,4 %)	ausgeprägt: 58 (76,3 %)	ausgeprägt: 59 (77,6 %)
nieder: 44 (57,9 %)	unterschiedl.: 1 (1,3 %)	nicht ausg.: 17 (22,4 %)
flach: 12 (15,8 %)	nicht ausgepr.: 17 (22,4 %)	

Kieferkämme:

hoch-rund: 32 (42,1 %)	nieder-rund: 13 (17,1 %)	OK hoch-rund
hoch-spitz: 7 (9,2 %)	nieder-spitz: 10 (13,2 %)	UK nieder-flach:
		14 (18,4 %)

Paratubärer Raum:	Fovea mylohyoidea:	Torus:
ausgeprägt: 65 (85,5 %)	72 (94,7 %)	65 (85,5 %)
nicht ausgeprägt: 11 (14,5 %)	4 (5,2 %)	11 (14,5 %)

Einen *Schlotterkamm* hatten 8 Patienten (10,5 %), und zwar alle im Oberkiefer-Frontzahnbereich.

Fibrös unterlagerte Kämme hatten 3 Patienten (3,9 %), 2 davon an den Tubera und 1 insgesamt.

Zusammenfassung:

Kiefer gut	38 (50,0 %)
befriedigend	25 (32,9 %)
ungünstig	13 (17,1 %)

Weichteile:

Zunge:

Ansatz	Zungenband:	Mundboden:	Größe:	Zungenspiel:
hoch:	38 (50,0 %)	55 (72,4 %)	klein: 10 (13,2 %)	ruhig: 64 (84,2 %)
tief:	38 (50,0 %)	21 (27,6 %)	groß: 66 (86,8 %)	nervös: 12 (15,8 %)

Wangen:

Ansatz	Wangen:	Tonus:
hoch:	62 (82,9 %)	locker: 64 (84,2 %)
unterschiedl.:	3 (3,9 %)	straff: 12 (15,8 %)
tief:	11 (14,5 %)	

Lippen:

Ansatz	Lippen:	Länge:	Tonus:
hoch	40 (52,6 %)	lang: 8 (10,5 %)	locker: 64 (84,2 %)
unterschiedl.:	1 (1,3 %)	kurz: 1 (1,3 %)	straff: 12 (15,8 %)
tief:	35 (46,1 %)	normal: 67 (88,1 %)	

Schleimbaut:

locker:	straff:	entzündet:	hypertroph.:	gut durchblutet	schlecht
12 (15,8 %)	64 (84,2 %)	3 (3,9 %)	5 (6,6 %)	73 (96,0 %)	3 (3,9 %)

Speichel: Der Speichelfluß war bei 68 Patienten (89,5 %) reichlich, bei 8 Patienten (10,5 %) wenig. Seine Beschaffenheit war bei 4 Patienten serös (5,2 %), bei 7 Patienten (9,2 %) mucös und bei 65 Patienten (85,5 %) sero-mucös.

Bißverhältnisse

orthognath	50 (65,7 %)
progen	18 (23,7 %)
prognath	8 (10,5 %)
primäre Progenie	4 (5,2 %)
sekundäre Progenie	9 (11,8 %)

Zusammenfassung:

Weichteile gut	21 (27,7 ‰)
befriedigend	50 (65,7 ‰)
ungünstig	5 (6,6 ‰)

Zusammenfassung des Mundbefundes:

Mundbefund gut	34 (44,7 ‰)
befriedigend	34 (44,7 ‰)
ungünstig	8 (10,5 ‰)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

	Ventilrand:	Ausdehnung:	Distale Abdämmung:
gut:	46 (60,5 ‰)	61 (80,3 ‰)	44 (57,9 ‰)
schlecht:	30 (39,5 ‰)	15 (19,7 ‰)	32 (42,1 ‰)

Torusentlastung:

Patienten mit aus- geprägtem Torus:	genügend:	55 (84,6 ‰)
65 = 100 ‰	nicht entlastet:	8 (12,3 ‰)
	zu viel entlast.:	2 (3,1 ‰)

Tuberaumfassung:

Patienten mit aus- geprägten Tubera:	gut umfaßt:	22 (37,3 ‰)
59 = 100 ‰	schlecht umfaßt:	34 (57,6 ‰)
	nicht umfaßt:	3 (5,1 ‰)

Zusätzliche Verankerungen der Oberkiefer-Prothese:

Stadlerrillen	61
Saugkammern	7
Gummisauger	1
Gebißfedern	1
Abschlußleisten	49

Basisgestaltung der Unterkieferprothese:

Aussparung von Muskeln und Schleimhautbändern:

gut:	schlecht:	nicht:	zu viel:
52 (68,4 ‰)	20 (26,4 ‰)	2 (2,6 ‰)	2 (2,6 ‰)

Zusätzliche Verankerungen der Unterkieferprothese:

Lingualflügel	22 entfernt	1
Zungenfortsatz	1 entfernt	1

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

gut	24 (31,6 ‰)
befriedigend	36 (47,4 ‰)
unbefriedigend	16 (21,1 ‰)

Aufstellung der Zähne:

Aufstellungsarten:

nach Falck:	50 (65,7 ‰)
mit Spee'scher Kurve:	26 (34,2 ‰)

Stellung der Frontzähne:

auf dem Kamm:	vor dem Kamm:	hinter dem Kamm:	invertiert:
73 (96,1 ‰)	2 (2,6 ‰)	1 (1,3 ‰)	1 (1,3 ‰)

Frontzahnüberbiß:

zu stark:	zu schwach:	Kopfbiß:
8 (10,5 ‰)	1 (1,3 ‰)	8 (10,5 ‰)

Größe:

gut:	zu groß:	zu klein:	zu schmal:
56 (73,7 ‰)	3 (3,9 ‰)	16 (21,1 ‰)	1 (1,3 ‰)

Aufstellung der Molaren:

	Kompensationskurven:	intermaxilläre Verbindungslinien:
berücksichtigt:	54 (71,1 ‰)	53 (69,7 ‰)
teilw. berücks.:	22 (29,0 ‰)	14 (18,5 ‰)
nicht berücks.:	—	9 (11,8 ‰)

Bißhöhe:

gut:	zu hoch:	zu niedrig:
60 (80,3 ‰)	3 (3,9 ‰)	13 (17,2 ‰)

Zusammenfassung der Aufstellung der Zähne:

gut	29 (38,2 ‰)
befriedigend	38 (50,0 ‰)
unbefriedigend	9 (11,8 ‰)

Funktion der Prothesen:

Zahnform:

dem Gesicht entsprechend:	nicht dem Gesicht entsprechend:
73 (96,1 ‰)	3 (3,9 ‰)

Höckerbild der Molaren:

	eingeschliffen:	nicht eingeschliffen:	abgeschliffen:
	58 (76,3 ‰)	4 (5,3 ‰)	14 (18,5 ‰)
	Okklusion:	Artikulation:	Aussprache:
gut:	43 (56,6 ‰)	34 (44,7 ‰)	65 (85,5 ‰)
befriedigend:	19 (25,0 ‰)	32 (42,1 ‰)	8 (10,5 ‰)
unbefriedigend:	14 (18,5 ‰)	10 (13,2 ‰)	3 (3,9 ‰)

Als nachträglich aufgetretene Mängel sind bei 9 Patienten (11,8 ‰) Bißsenkung, bei 3 Patienten (3,9 ‰) offener Biß, bei 1 Patienten (1,3 ‰) Seitbiß und bei 16 Patienten (21,1 ‰) ein Nachlassen der Oberkieferprothesensaugkraft aufgetreten. Eine Resorption der Kiefer trat bei 5 Patienten auf, bei 2 Patienten insgesamt, bei je 1 Patienten insgesamt mit Ausnahme der Oberkieferfront bzw. der Unterkieferfront und bei 1 Patienten im Oberkiefermolarenbereich und im Unterkieferfrontzahnbereich.

Zusammenfassung der Funktion der Prothesen:

gut	36 (47,4 ‰)
befriedigend	29 (38,1 ‰)
unbefriedigend	11 (14,5 ‰)

Material der Prothesen:

Basismaterial: 75 Patienten (98,7 ‰) hatten Prothesen mit dem Basismaterial Paladon und 1 Patient hatte eine Unterkieferprothese aus Kautschuk. Das Material war bei 3 Patienten porös und bei 1 Patienten schwammig.

Material der Zähne:

Porzellan: insgesamt:	Kunststoff: insgesamt:	OK Kunststoff: UK Porzellan	Molaren: Kunststoff:
2 (2,6 ‰)	1 (1,3 ‰)	70 (92,1 ‰)	3 (3,9 ‰)

Abrasion:

Kunststoff geg. Porzellan	Kunststoff geg. Kunststoff	Porzellan geg. Porzellan
54 (74,0 ‰)	1 (100 ‰)	—

Zusammenfassung der Therapie:

Therapie gut	26 (34,2 ‰)
befriedigend	35 (46,1 ‰)
unbefriedigend	15 (19,7 ‰)

VI. Gewöhnung:

Von den 21 Patienten, die schon früher eine totale obere und untere Prothese getragen hatten, konnten sich nur 2 nicht an die neuen Prothesen gewöhnen; 1 Patient trug seine Prothesen nicht, weil er dauernd Druckstellen hatte; seine Prothesen waren auch in unbefriedigender Weise hergestellt; der 2. Patient, ein Bläser von Beruf, trug seine Prothesen nur als Arbeitsprothese; in Ausübung seines Berufs war er mit ihnen sehr zufrieden, er konnte sie aber nicht als Kauprothesen verwenden; dafür ließ er sich in freier Praxis eine 2. Prothese anfertigen. 19 Patienten konnten sich an ihre Prothesen gewöhnen, 11 davon schnell (nur geringe Anfangsdruckstellen) und 8 nach längerer Zeit (länger anhaltende Druckstellen und geringe funktionelle Schwierigkeiten).

55 Patienten hatten noch keinen totalen oberen und unteren Ersatz getragen. Davon konnten sich 17 nicht an die Prothesen gewöhnen, 8 Patienten benützten sie nur als Schauprothese, 1 als Kauprothese, 7 Patienten gebrauchten die Unterkieferprothese nicht und 1 Patient keinen Prothesenteil. Als Beschwerden gaben 9 Patienten neben langwährenden und nicht zu beseitigenden Druckstellen kaufunktionelle Störungen an. 2 Patienten trugen ihre Prothese wegen unbefriedigender Kosmetik nicht. 5 Patienten hatten zwar keine Druckstellen, doch konnten sie mit den funktionellen Eigenschaften nicht zurecht kommen. Alle Patienten hatten Prothesen mit größeren Mängeln, hauptsächlich unbefriedigende Funktion der Prothese; 6 Patienten hatten Prothesen mit vollkommen unbefriedigender Therapie.

38 Patienten hatten ihre Prothesen in Gebrauch. 28 Patienten hatten keine Belästigungen mit Ausnahme geringer Anfangsdruckstellen. 10 Patienten hatten in ihrer Eingewöhnungszeit länger anhaltende Druckstellen und kleine funktionelle Hindernisse, hauptsächlich die Kaufunktion betreffend, zu überwinden.

In der Zusammenfassung hatten sich 57 Patienten (74,8 %) an ihre Prothesen gewöhnen können. Davon hatten 39 Patienten (51,3 %) keine Beschwerden oder nur geringe Anfangsdruckstellen zu überwinden. 18 Patienten (23,7 %) hatten eine längere Eingewöhnungszeit nötig wegen länger dauernden Druckstellen und geringen funktionellen Schwierigkeiten. 19 Patienten (25,0 %) konnten sich nicht an ihre Prothesen gewöhnen.

V. Die häufigsten Fehler:

Nach Angaben der Patienten waren die häufigsten Fehler:

Druckstellen	58 (76,3 %)
Kaufunktion	23 (30,2 %)
Hochsteigen der Unterkieferprothese	12 (15,8 %)
Sprachfunktion	10 (13,2 %)
Kosmetik	7 (9,2 %)
Abklappen der Oberkieferprothese	6 (7,9 %)
Brechreiz	1 (1,3 %)

Die häufigsten nach objektiver Beurteilung festgestellten Fehler waren:

Basisgestaltung		52 (68,4 ‰)
Tuberaumfassung	(59 = 100 ‰)	37 (62,7 ‰)
Distale Abdämmung		32 (42,1 ‰)
Ventilrand		30 (39,5 ‰)
Basis der Unterkieferprothese		24 (31,6 ‰)
Ausdehnung		15 (19,7 ‰)
Torulentlastung	(65 = 100 ‰)	10 (15,4 ‰)
Aufstellung der Zähne		47 (61,8 ‰)
Intermaxilläre Verbindungslinien		23 (30,3 ‰)
Kompensationskurven		22 (29,0 ‰)
Größenauswahl		20 (26,4 ‰)
Bißhöhe		16 (21,1 ‰)
Überbiß		9 (11,8 ‰)
Stellung neben dem Kamm		3 (3,9 ‰)
Funktion der Prothesen		40 (52,6 ‰)
Artikulation		42 (55,3 ‰)
Okklusion		33 (43,4 ‰)
Höckerbild		18 (23,7 ‰)
Aussprache		11 (14,5 ‰)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Von den 57 zufriedenen Patienten haben 26 (45,6 ‰) einwandfrei hergestellte Prothesen, 24 (42,1 ‰) befriedigende Prothesen und 7 (12,3 ‰) unbefriedigende Prothesen erhalten.

Von den 19 unzufriedenen Patienten haben kein Patient eine gute, 11 (57,3 ‰) eine befriedigende und 8 (42,7 ‰) eine unbefriedigende Prothese erhalten.

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Von den 34 Patienten mit günstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	14 (41,2 ‰)
Prothesen mit befriedigender Therapie	17 (50,0 ‰)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	3 (9,1 ‰)

Von den 34 Patienten mit befriedigendem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	11 (32,1 ‰)
Prothesen mit befriedigender Therapie	14 (41,2 ‰)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	9 (27,3 ‰)

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund haben erhalten:

Prothesen mit guter Therapie	2 (25,0 ‰)
Prothesen mit befriedigender Therapie	3 (37,5 ‰)
Prothesen mit unbefriedigender Therapie	3 (37,5 ‰)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Von den 34 Patienten mit günstigem Mundbefund waren 29 Patienten zufrieden und 5 Patienten unzufrieden.

Von den 34 Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren 23 Patienten zufrieden und 11 Patienten unzufrieden.

Von den 8 Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren 5 Patienten zufrieden und 3 Patienten unzufrieden.

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

Nach Falk: 50 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 27 Patienten (54,0 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	22 Patienten (44,0 %)
Sekundäre Progenie	7 Patienten (14,0 %)
Offener Biß	3 Patienten (6,0 %)
Bißsenkung	5 Patienten (10,0 %)
Nachlassen der Saugkraft	11 Patienten (22,0 %)
Resorption der Kiefer	4 Patienten (8,0 %)
Seitbiß	1 Patient (2,0 %)

Mit Spee'scher Kurve: 26 Patienten (100 %)

darunter mit nachträglichen Mängeln: 13 Patienten (50,0 %)

dabei sind aufgetreten:

Abrasion	10 Patienten (38,5 %)
Sekundäre Progenie	2 Patienten (7,7 %)
Bißsenkung	4 Patienten (15,4 %)
Nachlassen der Saugkraft	4 Patienten (15,4 %)
Resorption der Kiefer	1 Patient (3,8 %)

ÜBERSICHT

I. Anamnese:

	Prothesenneuling:		früherer Prothesenträger:		Träger totaler Ober- und Unterkiefer- prothese:	
	zufr.:		zufr.:		zufr.:	
1946	—	—	3 (100 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	3 (100 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	9 (64,3 ⁰ /o)	5 (55,5 ⁰ /o)	5 (35,7 ⁰ /o)	3 (60,0 ⁰ /o)	5 (37,5 ⁰ /o)	3 (60,0 ⁰ /o)
1948	15 (34,9 ⁰ /o)	11 (73,3 ⁰ /o)	28 (65,1 ⁰ /o)	13 (46,4 ⁰ /o)	11 (25,6 ⁰ /o)	3 (27,3 ⁰ /o)
1949	17 (47,2 ⁰ /o)	15 (88,2 ⁰ /o)	19 (52,8 ⁰ /o)	14 (73,7 ⁰ /o)	11 (30,5 ⁰ /o)	10 (90,9 ⁰ /o)
1950	19 (47,5 ⁰ /o)	12 (63,2 ⁰ /o)	21 (52,5 ⁰ /o)	16 (76,2 ⁰ /o)	12 (30,0 ⁰ /o)	9 (75,0 ⁰ /o)
1951	21 (27,6 ⁰ /o)	15 (71,4 ⁰ /o)	55 (72,4 ⁰ /o)	42 (76,4 ⁰ /o)	21 (27,6 ⁰ /o)	19 (90,5 ⁰ /o)
212 = 100 ⁰ /o	81 (38,2 ⁰ /o)	58 (71,6 ⁰ /o)	131 (61,8 ⁰ /o)	89 (67,9 ⁰ /o)	53 (25,0 ⁰ /o)	45 (84,9 ⁰ /o)

Die in der Spalte „zufr.“ stehenden Zahlen geben die Prozentzahlen der jeweiligen Patientenzahlen an.

Gebrauch der Prothesen:

	Kau-Schau- prothese:	Kau- prothese:	Schau- prothese:	1 Proth. nicht getr.:	keine Proth.
				Oberkiefer	Unterkiefer: getragen:
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	—	—
1947	8 (57,1 ⁰ /o)	—	1 (7,1 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	4 (28,5 ⁰ /o)
1948	24 (55,8 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)	5 (11,6 ⁰ /o)	—	6 (13,5 ⁰ /o)
1949	29 (80,5 ⁰ /o)	2 (5,5 ⁰ /o)	4 (11,6 ⁰ /o)	—	1 (2,8 ⁰ /o)
1950	28 (70,0 ⁰ /o)	—	4 (10,0 ⁰ /o)	—	4 (10,0 ⁰ /o)
1951	57 (74,9 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	19 (11,8 ⁰ /o)	—	7 (9,2 ⁰ /o)
	147 (69,3 ⁰ /o)	8 (3,8 ⁰ /o)	24 (11,3 ⁰ /o)	1 (0,5 ⁰ /o)	22 (10,4 ⁰ /o)
					10 (4,7 ⁰ /o)

Druckstellen:

	ohne Druckstellen:	mit Druckstellen:
1946	—	3 (100 ⁰ /o)
1947	3 (21,4 ⁰ /o)	11 (78,6 ⁰ /o)
1948	9 (20,9 ⁰ /o)	34 (79,1 ⁰ /o)
1949	8 (22,2 ⁰ /o)	28 (77,8 ⁰ /o)
1950	13 (32,5 ⁰ /o)	27 (67,5 ⁰ /o)
1951	18 (23,7 ⁰ /o)	58 (76,3 ⁰ /o)
	51 (24,1 ⁰ /o)	161 (75,9 ⁰ /o)

	Anfangsdruckstellen: bis zu 3 Sitzungen:	Dauerdruckstellen: mehr als 3 Sitzungen:	Nicht beseitigte Druckstellen:
1946	2 (66,7 ⁰ /o)	—	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	4 (28,5 ⁰ /o)	3 (21,4 ⁰ /o)	4 (28,5 ⁰ /o)
1948	18 (41,8 ⁰ /o)	6 (13,5 ⁰ /o)	10 (23,3 ⁰ /o)
1949	20 (55,5 ⁰ /o)	5 (13,8 ⁰ /o)	3 (8,3 ⁰ /o)
1950	21 (52,5 ⁰ /o)	2 (5,0 ⁰ /o)	4 (10,0 ⁰ /o)
1951	44 (57,9 ⁰ /o)	7 (9,2 ⁰ /o)	7 (9,2 ⁰ /o)
	109 (51,4 ⁰ /o)	23 (10,9 ⁰ /o)	29 (13,6 ⁰ /o)

Lokalisation der Druckstellen:

		Oberkiefer:	Unterkiefer:
1946	(3)	1 (33,3 ⁰ /o)	3 (100 ⁰ /o)
1947	(11)	4 (36,4 ⁰ /o)	9 (81,8 ⁰ /o)
1948	(34)	18 (52,9 ⁰ /o)	29 (85,3 ⁰ /o)
1949	(28)	11 (39,3 ⁰ /o)	23 (82,1 ⁰ /o)
1950	(27)	5 (18,5 ⁰ /o)	26 (96,3 ⁰ /o)
1951	(58)	5 (8,6 ⁰ /o)	54 (93,1 ⁰ /o)
	(161)	44 (27,3 ⁰ /o)	144 (89,4 ⁰ /o)

Oberkiefer:

	Frontzahn.b.:	Seitenzahn.b.:	insgesamt:	vereinzelt:
1946	—	—	1 (100 ⁰ /o)	—
1947	1 (25,0 ⁰ /o)	1 (25,0 ⁰ /o)	2 (50,0 ⁰ /o)	—
1948	4 (22,2 ⁰ /o)	5 (27,8 ⁰ /o)	4 (22,2 ⁰ /o)	5 (27,8 ⁰ /o)
1949	2 (18,3 ⁰ /o)	3 (27,3 ⁰ /o)	2 (18,3 ⁰ /o)	4 (36,4 ⁰ /o)
1950	—	2 (40,0 ⁰ /o)	1 (20,0 ⁰ /o)	2 (40,0 ⁰ /o)
1951	—	4 (80,0 ⁰ /o)	—	1 (20,0 ⁰ /o)
	7 (15,9 ⁰ /o)	15 (34,1 ⁰ /o)	10 (22,7 ⁰ /o)	12 (27,3 ⁰ /o)

Unterkiefer:

	Frontzahn:	Seitenzahn:	insgesamt:	vereinzelt:
1946	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—
1947	3 (33,3 ⁰ / ₀)	1 (11,1 ⁰ / ₀)	5 (55,5 ⁰ / ₀)	—
1948	5 (17,2 ⁰ / ₀)	5 (17,2 ⁰ / ₀)	11 (37,9 ⁰ / ₀)	8 (27,6 ⁰ / ₀)
1949	8 (34,8 ⁰ / ₀)	5 (21,7 ⁰ / ₀)	5 (21,7 ⁰ / ₀)	5 (21,7 ⁰ / ₀)
1950	8 (30,8 ⁰ / ₀)	10 (38,5 ⁰ / ₀)	4 (15,8 ⁰ / ₀)	4 (15,8 ⁰ / ₀)
1951	5 (9,2 ⁰ / ₀)	28 (51,9 ⁰ / ₀)	12 (22,2 ⁰ / ₀)	9 (16,7 ⁰ / ₀)
	29 (20,1 ⁰ / ₀)	51 (35,4 ⁰ / ₀)	38 (26,4 ⁰ / ₀)	26 (18,1 ⁰ / ₀)

Reparaturen — Unterfütterung — Beschwerung:

	Reparaturen:	Unterfütterung:	Beschwerung:
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	1 (7,1 ⁰ / ₀)	—	1 (7,1 ⁰ / ₀)
1948	12 (27,9 ⁰ / ₀)	—	1 (2,9 ⁰ / ₀)
1949	9 (25,0 ⁰ / ₀)	—	—
1950	14 (35,0 ⁰ / ₀)	—	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1951	16 (21,0 ⁰ / ₀)	1 (1,3 ⁰ / ₀)	7 (9,2 ⁰ / ₀)
	53 (25,0 ⁰ / ₀)	1 (0,5 ⁰ / ₀)	15 (7,1 ⁰ / ₀)

Klagen der Patienten:

	Patienten ohne Klagen:	mit Klagen:	Klagen über einzelne Funktionen:	Klagen über mehrere Funkt.
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	7 (50,0 ⁰ / ₀)	2 (14,3 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	20 (46,5 ⁰ / ₀)	23 (53,5 ⁰ / ₀)	16 (37,2 ⁰ / ₀)	7 (16,3 ⁰ / ₀)
1949	24 (66,7 ⁰ / ₀)	12 (33,3 ⁰ / ₀)	9 (25,0 ⁰ / ₀)	3 (8,3 ⁰ / ₀)
1950	20 (50,0 ⁰ / ₀)	20 (50,0 ⁰ / ₀)	6 (15,0 ⁰ / ₀)	14 (35,0 ⁰ / ₀)
1951	46 (60,6 ⁰ / ₀)	30 (39,4 ⁰ / ₀)	13 (17,1 ⁰ / ₀)	17 (22,3 ⁰ / ₀)
	118 (55,7 ⁰ / ₀)	94 (44,3 ⁰ / ₀)	48 (22,6 ⁰ / ₀)	46 (21,7 ⁰ / ₀)

Klagen im Einzelnen:

	Kaufunktion:	Sprache:	Kosmetik:	Abklappen der Oberkieferpr.:
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)	3 (21,4 ⁰ / ₀)
1948	17 (39,5 ⁰ / ₀)	9 (20,9 ⁰ / ₀)	6 (13,9 ⁰ / ₀)	3 (6,9 ⁰ / ₀)
1949	5 (13,8 ⁰ / ₀)	1 (2,8 ⁰ / ₀)	5 (13,8 ⁰ / ₀)	1 (2,8 ⁰ / ₀)
1950	15 (37,5 ⁰ / ₀)	11 (27,5 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)	9 (22,5 ⁰ / ₀)
1951	23 (30,3 ⁰ / ₀)	10 (13,2 ⁰ / ₀)	7 (9,2 ⁰ / ₀)	6 (7,9 ⁰ / ₀)
	68 (32,1 ⁰ / ₀)	36 (16,9 ⁰ / ₀)	25 (11,8 ⁰ / ₀)	22 (10,4 ⁰ / ₀)

	Hochsteigen der Unterkieferpro.:	Zungen- brennen:	Schleimhaut- brennen:	Brechreiz:
1946	—	—	—	—
1947	2 (14,3 ⁰ /o)	—	—	—
1948	2 (4,7 ⁰ /o)	—	1 (2,9 ⁰ /o)	1 (2,9 ⁰ /o)
1949	1 (2,8 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)
1950	9 (22,5 ⁰ /o)	—	—	2 (5,0 ⁰ /o)
1951	12 (15,8 ⁰ /o)	—	—	1 (1,3 ⁰ /o)
	26 (12,3 ⁰ /o)	1 (0,5 ⁰ /o)	2 (0,9 ⁰ /o)	5 (2,4 ⁰ /o)

Subjektive Zufriedenheit:

	zufrieden:	bedingt zufrieden	teilweise zufrieden	mit 1 Proth. zufrieden	mit keiner Proth. zufr.:
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	—	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	—
1947	7 (50,0 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	5 (35,7 ⁰ /o)	—
1948	20 (46,5 ⁰ /o)	—	14 (32,6 ⁰ /o)	5 (11,6 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)
1949	23 (63,9 ⁰ /o)	6 (16,7 ⁰ /o)	3 (8,3 ⁰ /o)	4 (11,1 ⁰ /o)	—
1950	20 (50,0 ⁰ /o)	8 (20,0 ⁰ /o)	4 (10,0 ⁰ /o)	4 (10,0 ⁰ /o)	4 (10,0 ⁰ /o)
1951	42 (55,3 ⁰ /o)	15 (19,7 ⁰ /o)	10 (13,2 ⁰ /o)	7 (9,2 ⁰ /o)	2 (2,6 ⁰ /o)
	113 (53,3 ⁰ /o)	30 (14,1 ⁰ /o)	33 (15,6 ⁰ /o)	26 (12,3 ⁰ /o)	10 (4,7 ⁰ /o)

II. *Mundbefund:*

Gaumen und Kiefer:

Gaumen:

	hoch:	niedrig:	flach:
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	4 (28,5 ⁰ /o)	6 (42,9 ⁰ /o)	4 (28,5 ⁰ /o)
1948	16 (37,4 ⁰ /o)	14 (32,6 ⁰ /o)	13 (30,2 ⁰ /o)
1949	15 (41,6 ⁰ /o)	9 (25,0 ⁰ /o)	12 (33,3 ⁰ /o)
1950	22 (55,0 ⁰ /o)	15 (37,5 ⁰ /o)	3 (7,5 ⁰ /o)
1951	20 (26,4 ⁰ /o)	44 (57,9 ⁰ /o)	12 (15,8 ⁰ /o)
	78 (36,9 ⁰ /o)	89 (41,9 ⁰ /o)	45 (21,2 ⁰ /o)

Tubera:

	ausgeprägt:	unterschiedl.:	nicht ausg.:
1946	3 (100 ⁰ /o)	—	—
1947	7 (50,0 ⁰ /o)	—	7 (50,0 ⁰ /o)
1948	31 (72,1 ⁰ /o)	2 (4,7 ⁰ /o)	10 (23,3 ⁰ /o)
1949	22 (61,1 ⁰ /o)	—	14 (38,9 ⁰ /o)
1950	26 (65,0 ⁰ /o)	—	14 (35,0 ⁰ /o)
1951	58 (76,3 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	17 (22,4 ⁰ /o)
	147 (69,3 ⁰ /o)	3 (1,4 ⁰ /o)	62 (29,2 ⁰ /o)

Unter-sich-gehende-Stellen:

	ausgebildet:	nicht ausgebildet:
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	7 (50,0 ⁰ / ₀)
1948	29 (67,4 ⁰ / ₀)	14 (32,6 ⁰ / ₀)
1949	16 (44,4 ⁰ / ₀)	20 (55,6 ⁰ / ₀)
1950	10 (25,0 ⁰ / ₀)	30 (75,0 ⁰ / ₀)
1951	59 (77,6 ⁰ / ₀)	17 (22,4 ⁰ / ₀)
	122 (57,5 ⁰ / ₀)	90 (42,4 ⁰ / ₀)

Kieferkämme:

	hoch-rund	hoch-spitz	nieder-rund	nieder-flach
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	8 (57,1 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)	—
1948	20 (46,5 ⁰ / ₀)	3 (6,9 ⁰ / ₀)	9 (20,8 ⁰ / ₀)	3 (6,9 ⁰ / ₀)
1949	12 (33,3 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)	14 (38,9 ⁰ / ₀)	1 (2,6 ⁰ / ₀)
1950	17 (42,5 ⁰ / ₀)	1 (2,5 ⁰ / ₀)	10 (25,0 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1951	32 (42,1 ⁰ / ₀)	7 (9,2 ⁰ / ₀)	13 (17,1 ⁰ / ₀)	10 (13,2 ⁰ / ₀)
	90 (42,4 ⁰ / ₀)	17 (8,0 ⁰ / ₀)	51 (24,1 ⁰ / ₀)	20 (9,4 ⁰ / ₀)

Oberkiefer hoch-rund

Unterkiefer nieder-spitz-flach:

1946	—
1947	—
1948	8 (19,1 ⁰ / ₀)
1949	5 (13,8 ⁰ / ₀)
1950	7 (17,5 ⁰ / ₀)
1951	14 (18,4 ⁰ / ₀)

34 (16,0⁰/₀)

	Paratubärer Raum: ausgeprägt	Raum: nicht	Fovea mylohyoidea: ausgeprägt	nicht	Torus: ausgeprägt	nicht
1946	3 (100 ⁰ / ₀)	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	10 (71,4 ⁰ / ₀)	4 (28,5 ⁰ / ₀)	11 (78,6 ⁰ / ₀)	3 (21,4 ⁰ / ₀)	9 (64,3 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	39 (90,7 ⁰ / ₀)	4 (9,3 ⁰ / ₀)	42 (97,6 ⁰ / ₀)	1 (2,3 ⁰ / ₀)	26 (60,5 ⁰ / ₀)	17 (39,5 ⁰ / ₀)
1949	27 (75,0 ⁰ / ₀)	9 (25,0 ⁰ / ₀)	32 (88,8 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)	26 (72,2 ⁰ / ₀)	10 (27,8 ⁰ / ₀)

1950	30 (75,0 ⁰ /o)	10 (25,0 ⁰ /o)	39 (97,5 ⁰ /o)	1 (2,5 ⁰ /o)	34 (85,0 ⁰ /o)	6 (15,0 ⁰ /o)
1951	65 (85,5 ⁰ /o)	11 (14,5 ⁰ /o)	72 (94,7 ⁰ /o)	4 (5,2 ⁰ /o)	65 (85,5 ⁰ /o)	11 (14,5 ⁰ /o)
	174 (82,1 ⁰ /o)	38 (17,9 ⁰ /o)	198 (93,4 ⁰ /o)	14 (6,6 ⁰ /o)	162 (76,4 ⁰ /o)	50 (23,6 ⁰ /o)

	Schlotterkamm:		Fibrös unterlagerte Kämme:		
	Oberkiefer- front	Oberkiefer- insgesamt	Tubera	Seitenzahn- bereich	insgesamt
1946	—	—	—	—	—
1947	3 (21,4 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	—	—	—
1948	7 (16,3 ⁰ /o)	—	2 (4,7 ⁰ /o)	—	—
1949	4 (11,1 ⁰ /o)	1 (2,8 ⁰ /o)	—	—	—
1950	3 (7,5 ⁰ /o)	1 (2,5 ⁰ /o)	—	2 (5,0 ⁰ /o)	—
1951	8 (10,5 ⁰ /o)	—	2 (2,6 ⁰ /o)	—	1 (1,3 ⁰ /o)
	25 (11,8 ⁰ /o)	3 (1,4 ⁰ /o)	4 (1,9 ⁰ /o)	2 (0,9 ⁰ /o)	1 (0,5 ⁰ /o)

Zusammenfassung der Kieferverhältnisse:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	—
1947	5 (35,7 ⁰ /o)	7 (50,0 ⁰ /o)	2 (14,3 ⁰ /o)
1948	17 (39,5 ⁰ /o)	22 (51,2 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)
1949	17 (47,2 ⁰ /o)	7 (19,4 ⁰ /o)	12 (33,3 ⁰ /o)
1950	13 (32,5 ⁰ /o)	15 (37,5 ⁰ /o)	12 (30,0 ⁰ /o)
1951	38 (50,0 ⁰ /o)	25 (32,9 ⁰ /o)	13 (17,1 ⁰ /o)
	91 (42,9 ⁰ /o)	78 (36,9 ⁰ /o)	43 (20,2 ⁰ /o)

Weichteile:

Zunge:

	Ansatz Zungenband		Mundboden	
	hoch	tief	hoch	tief
1946	2 (66,7 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	11 (78,6 ⁰ /o)	3 (21,4 ⁰ /o)	10 (71,4 ⁰ /o)	4 (28,5 ⁰ /o)

1948	26 (60,5 ⁰ /o)	17 (39,5 ⁰ /o)	28 (65,2 ⁰ /o)	15 (34,9 ⁰ /o)
1949	27 (75,0 ⁰ /o)	9 (25,0 ⁰ /o)	27 (75,0 ⁰ /o)	9 (25,0 ⁰ /o)
1950	25 (62,5 ⁰ /o)	15 (37,5 ⁰ /o)	20 (50,0 ⁰ /o)	20 (50,0 ⁰ /o)
1951	38 (50,0 ⁰ /o)	38 (50,0 ⁰ /o)	55 (72,4 ⁰ /o)	21 (27,6 ⁰ /o)
	129 (60,9 ⁰ /o)	83 (39,1 ⁰ /o)	142 (67,0 ⁰ /o)	70 (33,0 ⁰ /o)

	Größe der Zunge		Zungenspiel	
	klein	groß	ruhig	nervös
1946	—	3 (100 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	1 (7,1 ⁰ /o)	13 (92,9 ⁰ /o)	9 (64,3 ⁰ /o)	5 (35,7 ⁰ /o)
1948	11 (25,6 ⁰ /o)	32 (74,4 ⁰ /o)	30 (69,8 ⁰ /o)	13 (30,2 ⁰ /o)
1949	10 (27,8 ⁰ /o)	26 (72,2 ⁰ /o)	26 (72,2 ⁰ /o)	10 (27,8 ⁰ /o)
1950	16 (40,0 ⁰ /o)	24 (60,0 ⁰ /o)	35 (87,5 ⁰ /o)	5 (12,5 ⁰ /o)
1951	10 (13,2 ⁰ /o)	66 (86,8 ⁰ /o)	64 (84,2 ⁰ /o)	12 (15,8 ⁰ /o)
	48 (22,6 ⁰ /o)	164 (77,3 ⁰ /o)	166 (78,2 ⁰ /o)	46 (21,7 ⁰ /o)

Wangen:

	Ansatz der Wangen:			Tonus:	
	hoch	unterschiedlich	tief	locker	straff
1946	3 (100 ⁰ /o)	—	—	3 (100 ⁰ /o)	—
1947	10 (71,4 ⁰ /o)	2 (14,3 ⁰ /o)	2 (14,3 ⁰ /o)	14 (100 ⁰ /o)	—
1948	30 (69,8 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)	9 (20,9 ⁰ /o)	34 (79,1 ⁰ /o)	9 (20,9 ⁰ /o)
1949	22 (61,1 ⁰ /o)	5 (13,8 ⁰ /o)	9 (25,0 ⁰ /o)	29 (80,6 ⁰ /o)	7 (19,5 ⁰ /o)
1950	26 (65,0 ⁰ /o)	4 (10,0 ⁰ /o)	10 (25,0 ⁰ /o)	27 (67,5 ⁰ /o)	13 (32,5 ⁰ /o)
1951	62 (82,9 ⁰ /o)	3 (3,9 ⁰ /o)	11 (14,5 ⁰ /o)	64 (84,2 ⁰ /o)	12 (15,8 ⁰ /o)
	153 (72,1 ⁰ /o)	18 (8,5 ⁰ /o)	41 (19,3 ⁰ /o)	171 (80,7 ⁰ /o)	41 (19,3 ⁰ /o)

Lippen:

	Ansatz der Lippen:			Tonus:	
	hoch	unterschiedlich	tief	locker	straff
1946	3 (100 ⁰ /o)	—	—	3 (100 ⁰ /o)	—
1947	8 (57,1 ⁰ /o)	2 (14,3 ⁰ /o)	4 (28,5 ⁰ /o)	14 (100 ⁰ /o)	—
1948	29 (67,5 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)	10 (23,3 ⁰ /o)	34 (79,1 ⁰ /o)	9 (20,9 ⁰ /o)
1949	22 (61,1 ⁰ /o)	5 (13,8 ⁰ /o)	9 (25,0 ⁰ /o)	29 (80,6 ⁰ /o)	7 (19,5 ⁰ /o)
1950	16 (40,0 ⁰ /o)	3 (7,5 ⁰ /o)	21 (52,5 ⁰ /o)	26 (65,0 ⁰ /o)	14 (35,0 ⁰ /o)
1951	40 (52,6 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	35 (46,1 ⁰ /o)	64 (84,2 ⁰ /o)	12 (15,8 ⁰ /o)
	118 (55,7 ⁰ /o)	15 (6,9 ⁰ /o)	79 (37,3 ⁰ /o)	170 (80,3 ⁰ /o)	42 (19,7 ⁰ /o)

Länge der Lippen:

	lang	kurz	normal
1946	—	—	3 (100 ⁰ /o)
1947	2 (14,3 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	11 (78,6 ⁰ /o)
1948	9 (20,9 ⁰ /o)	1 (2,3 ⁰ /o)	33 (76,8 ⁰ /o)
1949	14 (38,9 ⁰ /o)	2 (5,5 ⁰ /o)	20 (55,5 ⁰ /o)
1950	11 (27,5 ⁰ /o)	3 (7,5 ⁰ /o)	26 (65,0 ⁰ /o)
1951	8 (10,5 ⁰ /o)	1 (1,3 ⁰ /o)	67 (88,1 ⁰ /o)
	44 (20,6 ⁰ /o)	8 (3,9 ⁰ /o)	160 (75,5 ⁰ /o)

Schleimbaut:

	Durchblutung					
	locker	straff	entzündet	hypertroph	gut	schlecht
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)	—	—	2 (66,7 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	4 (28,5 ⁰ /o)	10 (71,4 ⁰ /o)	—	—	13 (92,9 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)
1948	10 (23,2 ⁰ /o)	33 (76,8 ⁰ /o)	1 (2,3 ⁰ /o)	2 (4,7 ⁰ /o)	40 (93,1 ⁰ /o)	3 (6,9 ⁰ /o)
1949	4 (11,1 ⁰ /o)	32 (88,9 ⁰ /o)	2 (5,5 ⁰ /o)	—	30 (83,3 ⁰ /o)	6 (16,7 ⁰ /o)
1950	4 (10,0 ⁰ /o)	36 (90,0 ⁰ /o)	5 (12,5 ⁰ /o)	2 (5,0 ⁰ /o)	35 (87,5 ⁰ /o)	5 (12,5 ⁰ /o)
1951	12 (15,8 ⁰ /o)	64 (84,2 ⁰ /o)	3 (3,9 ⁰ /o)	5 (6,6 ⁰ /o)	73 (96,0 ⁰ /o)	3 (3,9 ⁰ /o)
	35 (16,5 ⁰ /o)	177 (83,5 ⁰ /o)	11 (5,1 ⁰ /o)	9 (4,3 ⁰ /o)	193 (91,1 ⁰ /o)	19 (8,9 ⁰ /o)

Zusammenfassung der Weichteilverhältnisse:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	2 (14,3 ⁰ /o)	9 (64,4 ⁰ /o)	3 (21,4 ⁰ /o)
1948	10 (23,3 ⁰ /o)	29 (67,4 ⁰ /o)	4 (9,3 ⁰ /o)
1949	7 (19,4 ⁰ /o)	27 (75,0 ⁰ /o)	2 (5,6 ⁰ /o)
1950	12 (30,0 ⁰ /o)	23 (57,5 ⁰ /o)	5 (12,5 ⁰ /o)
1951	21 (27,7 ⁰ /o)	50 (65,7 ⁰ /o)	5 (6,6 ⁰ /o)
	53 (25,1 ⁰ /o)	139 (65,5 ⁰ /o)	20 (9,4 ⁰ /o)

Speichel:

	reichlich:	wenig:	serös:	mucös:	sero-mucös:
1946	3 (100 ⁰ /o)	—	—	—	3 (100 ⁰ /o)
1947	13 (92,9 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	3 (21,4 ⁰ /o)	1 (7,1 ⁰ /o)	10 (71,4 ⁰ /o)
1948	35 (81,4 ⁰ /o)	8 (18,6 ⁰ /o)	13 (30,2 ⁰ /o)	6 (13,9 ⁰ /o)	24 (55,8 ⁰ /o)
1949	30 (83,3 ⁰ /o)	6 (16,7 ⁰ /o)	8 (22,2 ⁰ /o)	13 (36,2 ⁰ /o)	15 (41,6 ⁰ /o)
1950	31 (77,5 ⁰ /o)	9 (22,5 ⁰ /o)	8 (20,0 ⁰ /o)	17 (42,5 ⁰ /o)	15 (27,5 ⁰ /o)
1951	68 (89,5 ⁰ /o)	8 (10,5 ⁰ /o)	4 (5,2 ⁰ /o)	7 (9,2 ⁰ /o)	65 (85,5 ⁰ /o)
	180 (84,9 ⁰ /o)	32 (15,2 ⁰ /o)	36 (16,9 ⁰ /o)	44 (20,8 ⁰ /o)	132 (62,3 ⁰ /o)

Bißverhältnisse:

	Orthognathie:	Progenie:	Prognathie:
1946	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—
1947	4 (28,5 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	19 (44,2 ⁰ / ₀)	16 (37,4 ⁰ / ₀)	8 (18,6 ⁰ / ₀)
1949	20 (55,5 ⁰ / ₀)	13 (36,2 ⁰ / ₀)	3 (8,3 ⁰ / ₀)
1950	19 (47,5 ⁰ / ₀)	11 (27,5 ⁰ / ₀)	10 (25,0 ⁰ / ₀)
1951	50 (65,7 ⁰ / ₀)	18 (23,7 ⁰ / ₀)	8 (10,5 ⁰ / ₀)
	114 (53,7 ⁰ / ₀)	64 (30,2 ⁰ / ₀)	34 (16,9 ⁰ / ₀)

	Primäre Progenie:	Sekundäre Progenie:
1946	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	—	3 (21,4 ⁰ / ₀)
1948	—	7 (16,3 ⁰ / ₀)
1949	2 (5,6 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)
1950	1 (2,5 ⁰ / ₀)	6 (15,0 ⁰ / ₀)
1951	4 (5,2 ⁰ / ₀)	9 (11,8 ⁰ / ₀)
	7 (3,4 ⁰ / ₀)	30 (14,2 ⁰ / ₀)

Zusammenfassung des Mundbefundes:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—
1947	4 (28,5 ⁰ / ₀)	8 (57,1 ⁰ / ₀)	2 (14,3 ⁰ / ₀)
1948	13 (30,2 ⁰ / ₀)	22 (51,2 ⁰ / ₀)	8 (18,6 ⁰ / ₀)
1949	10 (27,8 ⁰ / ₀)	18 (50,0 ⁰ / ₀)	8 (22,2 ⁰ / ₀)
1950	16 (40,0 ⁰ / ₀)	20 (50,0 ⁰ / ₀)	4 (10,0 ⁰ / ₀)
1951	34 (44,7 ⁰ / ₀)	34 (44,7 ⁰ / ₀)	8 (10,5 ⁰ / ₀)
	78 (36,9 ⁰ / ₀)	104 (49,1 ⁰ / ₀)	30 (14,2 ⁰ / ₀)

III. Therapie:

Basisgestaltung:

	Ventilrand		Ausdehnung		Distale Abdämmung	
	gut	schlecht	gut	schlecht	gut	schlecht
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	7 (50,0 ⁰ / ₀)	11 (78,6 ⁰ / ₀)	3 (21,4 ⁰ / ₀)	9 (64,3 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)

1948	20 (46,5%)	23 (53,5%)	26 (60,5%)	17 (39,5%)	19 (44,2%)	24 (55,8%)
1949	28 (77,3%)	8 (22,7%)	30 (83,3%)	6 (16,7%)	20 (55,5%)	16 (44,5%)
1950	25 (62,5%)	15 (37,5%)	28 (70,0%)	12 (30,0%)	34 (85,0%)	6 (15,0%)
1951	46 (60,5%)	30 (39,5%)	61 (80,3%)	15 (19,7%)	44 (57,9%)	32 (42,1%)
	127 (59,9%)	85 (40,1%)	158 (74,5%)	54 (25,5%)	128 (60,4%)	84 (39,6%)

Torusentlastung:

Die jeweilige Zahl der Patienten mit hervortretendem Torus = 100%.

	100%	genügend	ungenügend	nicht	zu viel
1946	2	1 (50,0%)	—	1 (50,0%)	—
1947	9	3 (33,3%)	—	6 (66,7%)	—
1948	26	13 (50,0%)	5 (19,2%)	8 (30,8%)	—
1949	26	17 (65,4%)	4 (15,4%)	4 (15,4%)	1 (3,8%)
1950	34	27 (79,4%)	1 (2,9%)	6 (17,6%)	—
1951	65	55 (84,6%)	—	8 (12,3%)	2 (3,1%)
	162	116 (71,6%)	10 (6,2%)	33 (20,4%)	3 (1,8%)

Entlastung bei nicht hervortretendem Torus:

1946	—	
1947	—	
1948	2 (4,7%)	(43 = 100%)
1949	—	
1950	1 (2,5%)	(40 = 100%)
1951	—	
	3 (1,5%)	(212 = 100%)

Tuberaumfassung:

	100%	gut:	schlecht:	nicht:
1946	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)	—
1947	7	3 (42,8%)	4 (57,1%)	—
1948	34	15 (44,1%)	16 (47,1%)	3 (8,8%)
1949	22	15 (68,2%)	5 (22,7%)	2 (9,9%)
1950	26	15 (57,7%)	11 (42,3%)	—
1951	59	22 (37,3%)	34 (57,3%)	3 (5,3%)
	150	71 (47,3%)	71 (47,3%)	8 (5,3%)

Basisgestaltung der Unterkieferprothese:

		Aussparung von Bänder- und Muskelansätzen			
		gut	schlecht	nicht	zu viel
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—	—	—
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	6 (42,9 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)	—	—
1948	14 (32,6 ⁰ / ₀)	19 (44,2 ⁰ / ₀)	8 (18,6 ⁰ / ₀)	2 (4,7 ⁰ / ₀)	—
1949	21 (58,3 ⁰ / ₀)	13 (36,1 ⁰ / ₀)	2 (5,6 ⁰ / ₀)	—	—
1950	28 (70,0 ⁰ / ₀)	12 (30,0 ⁰ / ₀)	—	—	—
1951	52 (68,4 ⁰ / ₀)	20 (26,4 ⁰ / ₀)	2 (2,6 ⁰ / ₀)	2 (2,6 ⁰ / ₀)	—
	123 (58,0 ⁰ / ₀)	72 (33,9 ⁰ / ₀)	13 (6,2 ⁰ / ₀)	4 (1,9 ⁰ / ₀)	—

Zusätzliche Verankerungen:

	1946	1947	1948	1949	1950	1951	
Stadlerrillen	—	3	2	6	27	61	99
Zahnfleischpelotten	—	—	—	—	1	—	1
Saugkammern	2	2	14	10	4	7	39
Gummissauger	—	1	9	5	5	1	21
Gebißfedern	—	—	—	1	—	1	2
Abschlußleisten	—	1	—	6	5	49	61
Lingualflügel	—	—	12	14	11	22	59
entfernt	—	—	1	1	—	1	3
Zungenfortsatz	—	3	2	7	—	1	13
entfernt	—	—	—	—	—	1	1

Zusammenfassung der Basisgestaltung:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)	4 (28,5 ⁰ / ₀)
1948	9 (20,9 ⁰ / ₀)	19 (44,2 ⁰ / ₀)	15 (34,9 ⁰ / ₀)
1949	14 (38,9 ⁰ / ₀)	18 (50,0 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)
1950	16 (40,0 ⁰ / ₀)	19 (47,5 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1951	24 (31,6 ⁰ / ₀)	36 (47,4 ⁰ / ₀)	16 (21,1 ⁰ / ₀)
	68 (32,1 ⁰ / ₀)	99 (46,7 ⁰ / ₀)	45 (21,2 ⁰ / ₀)

Aufstellung der Zähne:

Aufstellungsarten:

	Falck:	Spee:	sonstige:	nicht erkennbar:
1946	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	1 (7,1 ⁰ / ₀)	10 (71,4 ⁰ / ₀)	—	3 (21,4 ⁰ / ₀)
1948	5 (11,6 ⁰ / ₀)	30 (69,8 ⁰ / ₀)	2 (4,7 ⁰ / ₀)	6 (13,8 ⁰ / ₀)
1949	24 (66,7 ⁰ / ₀)	9 (25,0 ⁰ / ₀)	—	3 (8,3 ⁰ / ₀)
1950	34 (85,0 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)	—	1 (2,5 ⁰ / ₀)
1951	50 (65,7 ⁰ / ₀)	26 (34,2 ⁰ / ₀)	—	—
	114 (53,7 ⁰ / ₀)	82 (38,7 ⁰ / ₀)	2 (0,9 ⁰ / ₀)	14 (6,6 ⁰ / ₀)

Stellung der Frontzähne zum Kamm:

	auf dem Kamm:	vor dem Kamm:	hinter dem Kamm:	invertiert:
1946	3 (100 ⁰ / ₀)	—	—	—
1947	10 (71,4 ⁰ / ₀)	2 (14,3 ⁰ / ₀)	2 (14,3 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)
1948	25 (58,2 ⁰ / ₀)	18 (41,8 ⁰ / ₀)	—	1 (2,3 ⁰ / ₀)
1949	29 (80,5 ⁰ / ₀)	7 (19,4 ⁰ / ₀)	—	4 (11,1 ⁰ / ₀)
1950	32 (80,0 ⁰ / ₀)	7 (17,5 ⁰ / ₀)	1 (2,5 ⁰ / ₀)	3 (7,5 ⁰ / ₀)
1951	73 (96,1 ⁰ / ₀)	2 (2,6 ⁰ / ₀)	1 (1,3 ⁰ / ₀)	1 (1,3 ⁰ / ₀)
	172 (81,1 ⁰ / ₀)	36 (16,9 ⁰ / ₀)	4 (1,9 ⁰ / ₀)	10 (4,7 ⁰ / ₀)

Überbiß:

	zu stark	zu schwach	Kopfbiß
1946	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	1 (7,1 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)
1948	4 (9,3 ⁰ / ₀)	2 (4,7 ⁰ / ₀)	4 (9,3 ⁰ / ₀)
1949	6 (15,0 ⁰ / ₀)	4 (10,0 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1950	4 (11,1 ⁰ / ₀)	1 (2,8 ⁰ / ₀)	2 (5,5 ⁰ / ₀)
1951	8 (10,5 ⁰ / ₀)	3 (3,9 ⁰ / ₀)	8 (10,5 ⁰ / ₀)
	23 (10,8 ⁰ / ₀)	10 (4,7 ⁰ / ₀)	21 (9,9 ⁰ / ₀)

Größe der Zähne:

	gut	zu groß	zu klein	zu schmal
1946	3 (100 ⁰ / ₀)	—	—	—
1947	6 (42,9 ⁰ / ₀)	—	7 (50,0 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)
1948	31 (72,2 ⁰ / ₀)	4 (9,3 ⁰ / ₀)	7 (16,3 ⁰ / ₀)	1 (2,3 ⁰ / ₀)
1949	22 (61,1 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)	9 (25,0 ⁰ / ₀)	1 (2,8 ⁰ / ₀)
1950	28 (70,0 ⁰ / ₀)	4 (10,0 ⁰ / ₀)	7 (17,5 ⁰ / ₀)	1 (2,5 ⁰ / ₀)
1951	56 (73,7 ⁰ / ₀)	3 (1,9 ⁰ / ₀)	16 (21,1 ⁰ / ₀)	1 (1,3 ⁰ / ₀)
	146 (68,9 ⁰ / ₀)	15 (7,2 ⁰ / ₀)	46 (21,6 ⁰ / ₀)	5 (2,4 ⁰ / ₀)

Aufstellung der Molaren:

		Kompensationskurven	
	berücksichtigt	teilw. ber.	nicht berücks.
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	9 (64,3 ⁰ / ₀)	—
1948	23 (53,5 ⁰ / ₀)	12 (27,9 ⁰ / ₀)	8 (18,5 ⁰ / ₀)
1949	29 (80,5 ⁰ / ₀)	5 (13,8 ⁰ / ₀)	2 (5,5 ⁰ / ₀)
1950	30 (75,0 ⁰ / ₀)	7 (17,5 ⁰ / ₀)	3 (7,5 ⁰ / ₀)
1951	54 (71,1 ⁰ / ₀)	22 (29,0 ⁰ / ₀)	—
	142 (67,0 ⁰ / ₀)	55 (25,9 ⁰ / ₀)	15 (7,2 ⁰ / ₀)

Intermaxilläre Verbindungslinien:

	berücksichtigt	teilw. ber.	nicht berücks.
1946	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—
1947	7 (50,0 ⁰ / ₀)	2 (14,3 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	21 (48,8 ⁰ / ₀)	9 (20,9 ⁰ / ₀)	13 (30,2 ⁰ / ₀)
1949	27 (75,0 ⁰ / ₀)	3 (8,3 ⁰ / ₀)	6 (16,7 ⁰ / ₀)
1950	37 (92,5 ⁰ / ₀)	2 (5,0 ⁰ / ₀)	1 (2,5 ⁰ / ₀)
1951	53 (69,7 ⁰ / ₀)	14 (18,5 ⁰ / ₀)	9 (11,8 ⁰ / ₀)
	147 (69,3 ⁰ / ₀)	31 (14,7 ⁰ / ₀)	34 (16,1 ⁰ / ₀)

Bißhöhe:

	gut	zu hoch	zu niedrig
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	13 (92,9 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)	—
1948	30 (69,8 ⁰ / ₀)	5 (11,6 ⁰ / ₀)	8 (18,6 ⁰ / ₀)
1949	29 (80,5 ⁰ / ₀)	—	7 (19,4 ⁰ / ₀)
1950	33 (82,5 ⁰ / ₀)	2 (5,0 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1951	60 (80,3 ⁰ / ₀)	3 (3,9 ⁰ / ₀)	13 (17,2 ⁰ / ₀)
	166 (78,2 ⁰ / ₀)	12 (5,7 ⁰ / ₀)	34 (16,1 ⁰ / ₀)

Zusammenfassung der Aufstellung der Zähne:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	6 (42,9 ⁰ / ₀)	3 (21,4 ⁰ / ₀)
1948	17 (39,5 ⁰ / ₀)	17 (39,5 ⁰ / ₀)	9 (20,9 ⁰ / ₀)
1949	10 (27,8 ⁰ / ₀)	23 (63,9 ⁰ / ₀)	3 (8,3 ⁰ / ₀)
1950	14 (35,0 ⁰ / ₀)	20 (50,0 ⁰ / ₀)	6 (15,0 ⁰ / ₀)
1951	29 (38,2 ⁰ / ₀)	38 (50,0 ⁰ / ₀)	9 (11,8 ⁰ / ₀)
	76 (35,8 ⁰ / ₀)	106 (50,0 ⁰ / ₀)	30 (14,2 ⁰ / ₀)

Funktion der Prothesen:

Zahnform:

Dem Gesicht entsprechend:		
	ja	nein
1946	2 (66,7 ⁰ / ₀)	1 (33,3 ⁰ / ₀)
1947	10 (71,4 ⁰ / ₀)	4 (28,5 ⁰ / ₀)
1948	37 (86,1 ⁰ / ₀)	6 (13,9 ⁰ / ₀)
1949	34 (94,5 ⁰ / ₀)	2 (5,5 ⁰ / ₀)
1950	35 (87,5 ⁰ / ₀)	5 (12,5 ⁰ / ₀)
1951	73 (96,1 ⁰ / ₀)	3 (3,9 ⁰ / ₀)
	191 (90,1 ⁰ / ₀)	21 (9,9 ⁰ / ₀)

Einschleifen:

	eingeschliffen	nicht einge.	abgeschliffen
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	2 (14,3 ⁰ / ₀)	7 (50,0 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	21 (48,8 ⁰ / ₀)	19 (44,2 ⁰ / ₀)	3 (6,9 ⁰ / ₀)
1949	16 (44,5 ⁰ / ₀)	6 (16,7 ⁰ / ₀)	14 (38,9 ⁰ / ₀)
1950	8 (20,0 ⁰ / ₀)	8 (20,0 ⁰ / ₀)	24 (60,0 ⁰ / ₀)
1951	58 (76,3 ⁰ / ₀)	4 (5,3 ⁰ / ₀)	14 (18,5 ⁰ / ₀)
	106 (50,0 ⁰ / ₀)	44 (20,8 ⁰ / ₀)	62 (29,2 ⁰ / ₀)

Oklusion:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)	4 (28,5 ⁰ / ₀)
1948	19 (44,2 ⁰ / ₀)	10 (23,3 ⁰ / ₀)	14 (32,6 ⁰ / ₀)
1949	16 (44,4 ⁰ / ₀)	9 (25,0 ⁰ / ₀)	11 (36,5 ⁰ / ₀)
1950	13 (32,5 ⁰ / ₀)	16 (40,0 ⁰ / ₀)	11 (27,5 ⁰ / ₀)
1951	43 (56,6 ⁰ / ₀)	19 (25,0 ⁰ / ₀)	14 (18,4 ⁰ / ₀)
	96 (45,3 ⁰ / ₀)	60 (28,3 ⁰ / ₀)	56 (26,4 ⁰ / ₀)

Artikulation:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	4 (28,5 ⁰ / ₀)	5 (35,7 ⁰ / ₀)
1948	9 (20,9 ⁰ / ₀)	16 (37,4 ⁰ / ₀)	18 (41,8 ⁰ / ₀)
1949	12 (33,3 ⁰ / ₀)	12 (33,3 ⁰ / ₀)	12 (33,3 ⁰ / ₀)
1950	11 (27,5 ⁰ / ₀)	14 (35,0 ⁰ / ₀)	15 (37,5 ⁰ / ₀)
1951	34 (44,7 ⁰ / ₀)	32 (42,1 ⁰ / ₀)	10 (13,2 ⁰ / ₀)
	69 (32,6 ⁰ / ₀)	81 (38,2 ⁰ / ₀)	62 (29,2 ⁰ / ₀)

Sprachfunktion:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	2 (66,7%)	1 (33,3%)	—
1947	8 (57,1%)	2 (14,3%)	4 (28,5%)
1948	27 (62,8%)	11 (25,6%)	5 (11,6%)
1949	25 (69,4%)	8 (22,2%)	3 (8,3%)
1950	27 (67,5%)	6 (15,0%)	7 (17,5%)
1951	65 (85,5%)	8 (10,5%)	3 (3,9%)
	154 (72,6%)	36 (16,9%)	22 (10,4%)

Zusammenfassung der Funktion der Prothesen:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	—	1 (33,3%)	2 (66,7%)
1947	5 (35,7%)	4 (28,5%)	5 (35,7%)
1948	10 (23,3%)	16 (37,4%)	17 (39,5%)
1949	14 (38,9%)	11 (30,5%)	11 (30,5%)
1950	9 (22,5%)	15 (37,5%)	16 (40,0%)
1951	36 (47,4%)	29 (38,1%)	11 (14,5%)
	74 (34,9%)	76 (35,8%)	62 (29,2%)

Material der Prothesen:

Basismaterial:

	Paladon	Kautschuk	Oberkiefer Paladon Unterkiefer Kautsch.
1946	3 (100%)	—	—
1947	13 (92,9%)	—	1 (7,1%)
1948	39 (90,7%)	—	4 (9,3%)
1949	34 (94,5%)	—	2 (5,5%)
1950	37 (92,5%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)
1951	75 (98,7%)	—	1 (1,3%)
	201 (94,8%)	1 (0,5%)	10 (4,7%)

Zustand des Materials:

	porös	aufgelöst
1946	—	—
1947	2 (14,3%)	1 (7,1%)
1948	6 (13,9%)	3 (6,9%)
1949	—	—
1950	2 (5,0%)	—
1951	3 (3,9%)	1 (1,3%)
	13 (6,2%)	5 (2,4%)

Die Zähne:

	Porzellan insgesamt	Kunststoff insgesamt	OK Kunststoff UK Porzellan	Front Kunststoff	Molaren Kunststoff
1946	1 (33,3 ⁰ / ₀)	—	—	2 (66,7 ⁰ / ₀)	—
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	—	—	8 (57,1 ⁰ / ₀)	1 (7,1 ⁰ / ₀)
1948	36 (83,7 ⁰ / ₀)	2 (4,7 ⁰ / ₀)	2 (4,7 ⁰ / ₀)	3 (6,9 ⁰ / ₀)	—
1949	27 (75,0 ⁰ / ₀)	2 (5,5 ⁰ / ₀)	3 (8,3 ⁰ / ₀)	4 (11,1 ⁰ / ₀)	—
1950	13 (32,5 ⁰ / ₀)	—	26 (65,0 ⁰ / ₀)	1 (2,5 ⁰ / ₀)	—
1951	2 (2,6 ⁰ / ₀)	1 (1,3 ⁰ / ₀)	70 (92,1 ⁰ / ₀)	—	3 (3,9 ⁰ / ₀)
	84 (39,6 ⁰ / ₀)	5 (2,4 ⁰ / ₀)	101 (47,6 ⁰ / ₀)	18 (8,5 ⁰ / ₀)	4 (1,9 ⁰ / ₀)

Abrasion:

	Kunststoff gegen Porzellan	Kunststoff gegen Kunststoff	Porzellan gegen Porzellan
1946	2 (100 ⁰ / ₀)	—	—
1947	7 (77,8 ⁰ / ₀)	—	2 (15,4 ⁰ / ₀)
1948	4 (100 ⁰ / ₀)	1 (50,0 ⁰ / ₀)	2 (5,2 ⁰ / ₀)
1949	7 (100 ⁰ / ₀)	—	6 (19,3 ⁰ / ₀)
1950	12 (44,4 ⁰ / ₀)	—	8 (57,1 ⁰ / ₀)
1951	54 (74,0 ⁰ / ₀)	1 (100 ⁰ / ₀)	—
	86 (81,9 ⁰ / ₀)	2 (40,0 ⁰ / ₀)	18 (17,6 ⁰ / ₀)

Die Prozentzahlen geben die prozentuale Beteiligung der Abrasion an den Gesamtzahlen der einzelnen Antagonistengruppen an.

Zusammenfassung der Therapie:

	gut	befriedigend	unbefriedigend
1946	—	1 (33,3 ⁰ / ₀)	2 (66,7 ⁰ / ₀)
1947	5 (35,7 ⁰ / ₀)	3 (21,4 ⁰ / ₀)	6 (42,9 ⁰ / ₀)
1948	10 (23,3 ⁰ / ₀)	25 (58,2 ⁰ / ₀)	8 (18,6 ⁰ / ₀)
1949	9 (25,0 ⁰ / ₀)	21 (58,3 ⁰ / ₀)	6 (16,7 ⁰ / ₀)
1950	11 (27,5 ⁰ / ₀)	21 (52,5 ⁰ / ₀)	8 (20,0 ⁰ / ₀)
1951	26 (34,2 ⁰ / ₀)	35 (46,1 ⁰ / ₀)	15 (19,7 ⁰ / ₀)
	61 (28,8 ⁰ / ₀)	106 (50,0 ⁰ / ₀)	45 (21,4 ⁰ / ₀)

IV. Gewöhnung:

Prothesenneuling		Früherer Prothesenträger	
	Gewöhnung		Gewöhnung
1946	—	3 (100%)	1 (33,3%)
1947	9 (64,3%)	5 (35,7%)	3 (60,0%)
1948	32 (74,4%)	11 (25,6%)	3 (27,3%)
1949	25 (69,5%)	11 (30,5%)	10 (90,9%)
1950	28 (70,0%)	12 (30,0%)	9 (75,0%)
1951	55 (72,3%)	21 (27,7%)	19 (90,5%)
	149 (70,3%)	70 (46,9%)	63 (29,7%)
			45 (71,4%)

V. Die häufigsten Fehler: subjektiv

	Druckstellen	Kaufunktion	Sprachfunktion	Kosmetik
1946	3 (100%)	1 (33,3%)	—	1 (33,3%)
1947	11 (78,6%)	7 (50,0%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)
1948	34 (79,1%)	17 (39,5%)	9 (20,9%)	6 (9,3%)
1949	28 (77,8%)	5 (13,8%)	1 (2,8%)	5 (13,8%)
1950	27 (67,5%)	15 (37,5%)	11 (27,5%)	5 (12,5%)
1951	58 (76,3%)	23 (30,2%)	10 (13,2%)	7 (9,2%)
	161 (75,9%)	68 (32,1%)	36 (16,9%)	25 (11,8%)
	Schleimhaut- brennen	Abklappen der Oberkieferproth.	Hochsteigen d. Unterkieferproth.	Brechreiz
1946	—	—	—	—
1947	—	—	—	—
1948	1 (2,3%)	3 (6,9%)	2 (4,7%)	1 (2,3%)
1949	1 (2,8%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)
1950	—	9 (22,5%)	9 (22,5%)	2 (5,0%)
1951	—	6 (7,9%)	12 (15,8%)	1 (1,3%)
	2 (0,9%)	19 (8,9%)	24 (11,4%)	5 (2,4%)

Objektiv festgestellte Mängel:

	Basisgestaltung	Ventilrand	Ausdehnung	Dist. Abdämmung
1946	3 (100%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
1947	9 (64,3%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)
1948	34 (79,1%)	23 (53,5%)	17 (39,5%)	24 (55,9%)
1949	22 (61,1%)	8 (22,2%)	6 (16,7%)	16 (44,5%)
1950	24 (60,0%)	15 (37,5%)	12 (30,0%)	6 (15,0%)
1951	52 (68,4%)	30 (39,5%)	15 (19,7%)	32 (42,1%)
	144 (67,9%)	85 (40,1%)	54 (25,5%)	84 (39,6%)

	Torulentlastung	Tuberaumfassung	Basis d. UK-Prothese
1946	1 (50,0%) 2 = 100%	2 (100%) 2 = 100%	2 (66,7%)
1947	6 (66,7%) 9 = 100%	4 (57,1%) 7 = 100%	7 (50,0%)
1948	13 (50,0%) 26 = 100%	19 (55,9%) 34 = 100%	29 (62,9%)
1949	9 (34,6%) 26 = 100%	7 (33,3%) 22 = 100%	15 (41,6%)
1950	7 (30,0%) 34 = 100%	11 (42,7%) 26 = 100%	12 (30,0%)
1951	10 (15,4%) 65 = 100%	37 (62,7%) 59 = 100%	24 (31,6%)
	46 (28,2%) 163 = 100%	80 (49,7%) 161 = 100%	89 (42,0%)

Aufstellung der

	Zähne	neben dem Kamm	Überbiß	Größe
1946	2 (66,7%)	—	—	—
1947	9 (64,3%)	4 (28,5%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)
1948	26 (60,7%)	18 (43,9%)	6 (13,9%)	12 (27,9%)
1949	26 (72,2%)	7 (19,4%)	6 (16,7%)	14 (38,9%)
1950	26 (65,0%)	7 (17,5%)	10 (25,0%)	10 (25,0%)
1951	47 (61,8%)	3 (3,9%)	9 (11,9%)	20 (26,4%)
	137 (64,6%)	39 (18,4%)	33 (15,6%)	64 (30,0%)

	Kompensations- kurven	Intermaxilläre Verbindungslinien	Bißhöhe
1946	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)
1947	9 (64,3%)	7 (50,0%)	1 (7,1%)
1948	18 (43,9%)	21 (48,8%)	13 (30,3%)
1949	7 (19,4%)	9 (25,0%)	7 (19,4%)
1950	10 (25,0%)	8 (20,0%)	7 (17,5%)
1951	22 (29,0%)	23 (30,3%)	16 (21,1%)
	68 (32,1%)	69 (32,5%)	46 (21,7%)

	Funktion der Prothesen	Einschleifen	Okklusion
1946	3 (100 %/o)	2 (66,7 ⁰ /o)	3 (100 ⁰ /o)
1947	9 (64,3 ⁰ /o)	12 (85,7 ⁰ /o)	9 (64,3 ⁰ /o)
1948	33 (76,7 ⁰ /o)	22 (51,2 ⁰ /o)	24 (55,9 ⁰ /o)
1949	22 (61,1 ⁰ /o)	20 (55,5 ⁰ /o)	20 (55,5 ⁰ /o)
1950	31 (77,5 ⁰ /o)	32 (80,0 ⁰ /o)	27 (67,5 ⁰ /o)
1951	40 (52,6 ⁰ /o)	18 (23,7 ⁰ /o)	33 (43,4 ⁰ /o)
	138 (65,1 ⁰ /o)	106 (50,0 ⁰ /o)	116 (54,7 ⁰ /o)

	Artikulation	Sprachfunktion
1946	3 (100 %/o)	1 (33,3 ⁰ /o)
1947	11 (78,6 ⁰ /o)	6 (42,9 ⁰ /o)
1948	34 (79,1 ⁰ /o)	16 (37,4 ⁰ /o)
1949	24 (66,7 ⁰ /o)	11 (30,5 ⁰ /o)
1950	29 (72,5 ⁰ /o)	13 (32,5 ⁰ /o)
1951	42 (55,3 ⁰ /o)	11 (14,5 ⁰ /o)
	143 (66,9 ⁰ /o)	58 (27,3 ⁰ /o)

VI. Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg:

Zufriedene Patienten

		gute Therapie	befriedigende Th.	unbefried. Therapie
1946	1	—	1 (100 ⁰ /o)	—
1947	8	5 (62,5 ⁰ /o)	2 (25,0 ⁰ /o)	1 (12,5 ⁰ /o)
1948	20	10 (50,0 ⁰ /o)	7 (35,0 ⁰ /o)	3 (15,0 ⁰ /o)
1949	29	8 (27,6 ⁰ /o)	19 (65,5 ⁰ /o)	2 (6,9 ⁰ /o)
1950	28	11 (39,3 ⁰ /o)	13 (46,4 ⁰ /o)	4 (14,3 ⁰ /o)
1951	57	26 (45,6 ⁰ /o)	24 (42,1 ⁰ /o)	7 (12,3 ⁰ /o)
	143	60 (42,0 ⁰ /o)	66 (46,2 ⁰ /o)	17 (11,9 ⁰ /o)

Unzufriedene Patienten

		gute Therapie	befriedigende Th.	unbefried. Therapie
1946	2	—	—	2 (100 ⁰ /o)
1947	6	—	1 (16,7 ⁰ /o)	5 (83,3 ⁰ /o)
1948	23	—	18 (78,2 ⁰ /o)	5 (21,8 ⁰ /o)
1949	7	1 (14,3 ⁰ /o)	2 (28,6 ⁰ /o)	4 (57,1 ⁰ /o)
1950	12	—	8 (66,7 ⁰ /o)	4 (33,3 ⁰ /o)
1951	19	—	11 (57,3 ⁰ /o)	8 (42,7 ⁰ /o)
	69	1 (1,4 ⁰ /o)	40 (57,9 ⁰ /o)	28 (40,6 ⁰ /o)

VII. Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg:

Günstiger Mundbefund		gute Therapie	befriedigende Th.	unbefried. Therapie
1946	1	—	—	1 (100%)
1947	4	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)
1948	13	6 (46,1%)	6 (46,1%)	1 (7,7%)
1949	10	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)
1950	16	4 (25,0%)	8 (50,0%)	4 (25,0%)
1951	34	14 (41,2%)	17 (50,0%)	3 (9,1%)
	78	31 (39,4%)	36 (46,2%)	11 (14,1%)

Befriedigender Mundbefund:

Befriedigender Mundbefund:		gute Therapie	befriedigende Th.	unbefried. Therapie
1946	2	—	1 (50,0%)	1 (50,0%)
1947	8	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)
1948	22	4 (18,2%)	14 (63,6%)	4 (18,2%)
1949	18	2 (11,1%)	14 (77,8%)	2 (11,1%)
1950	20	4 (20,0%)	12 (60,0%)	4 (20,0%)
1951	34	11 (32,1%)	14 (41,2%)	9 (27,3%)
	104	24 (23,1%)	56 (53,8%)	24 (23,1%)

Ungünstiger Mundbefund:

Ungünstiger Mundbefund:		gute Therapie	befriedigende Th.	unbefried. Therapie
1946	—	—	—	—
1947	2	1 (50,0%)	—	1 (50,0%)
1948	8	—	5 (62,5%)	3 (37,5%)
1949	8	1 (12,5%)	4 (50,0%)	3 (37,5%)
1950	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)	—
1951	8	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)
	30	7 (23,3%)	13 (43,3%)	10 (33,3%)

VIII. Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg:

Mundbefund		Patienten	unzufrieden
	günstig	zufrieden	
1946	1	—	1 (100%)
1947	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)
1948	13	9 (69,3%)	4 (30,0%)
1949	10	8 (80,0%)	2 (20,0%)
1950	16	9 (56,2%)	7 (43,8%)
1951	34	29 (87,1%)	5 (12,9%)
	78	58 (74,4%)	20 (25,6%)

	Mundbefund günstig	Patienten zufrieden	unzufrieden
1946	2	1 (50,0 ⁰ /o)	1 (50,0 ⁰ /o)
1947	8	4 (50,0 ⁰ /o)	4 (50,0 ⁰ /o)
1948	22	13 (59,1 ⁰ /o)	9 (40,9 ⁰ /o)
1949	18	16 (88,9 ⁰ /o)	2 (11,1 ⁰ /o)
1950	20	16 (80,0 ⁰ /o)	4 (20,0 ⁰ /o)
1951	34	23 (67,7 ⁰ /o)	11 (32,3 ⁰ /o)
	104	69 (66,2 ⁰ /o)	35 (33,7 ⁰ /o)

	Mundbefund günstig	Patienten zufrieden	unzufrieden
1946	—	—	—
1947	2	1 (50,0 ⁰ /o)	1 (50,0 ⁰ /o)
1948	8	2 (25,0 ⁰ /o)	6 (75,0 ⁰ /o)
1949	8	5 (62,5 ⁰ /o)	3 (37,5 ⁰ /o)
1950	4	3 (75,0 ⁰ /o)	1 (25,0 ⁰ /o)
1951	8	5 (62,5 ⁰ /o)	3 (37,5 ⁰ /o)
	30	16 (53,3 ⁰ /o)	14 (46,7 ⁰ /o)

IX. Nachträglich aufgetretene Mängel bei den Aufstellungsarten:

		Zahl der Patienten gesamt	davon Patienten mit nachträglichen Mängeln
1946	Falck	—	—
	Spee	2 (66,7 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)
	sonst.	1 (33,3 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)
1947	Falck	1 (7,1 ⁰ /o)	—
	Spee	9 (64,3 ⁰ /o)	5 (55,5 ⁰ /o)
	sonst.	4 (28,5 ⁰ /o)	3 (75,0 ⁰ /o)
1948	Falck	5 (11,6 ⁰ /o)	2 (40,0 ⁰ /o)
	Spee	30 (69,8 ⁰ /o)	17 (56,7 ⁰ /o)
	sonst.	8 (18,6 ⁰ /o)	3 (37,5 ⁰ /o)
1949	Falck	24 (66,7 ⁰ /o)	10 (41,6 ⁰ /o)
	Spee	9 (25,0 ⁰ /o)	4 (44,4 ⁰ /o)
	sonst.	3 (8,3 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)
1950	Falck	34 (85,0 ⁰ /o)	16 (47,1 ⁰ /o)
	Spee	5 (12,5 ⁰ /o)	4 (80,0 ⁰ /o)
	sonst.	1 (2,5 ⁰ /o)	—
1951	Falck	50 (65,8 ⁰ /o)	27 (48,2 ⁰ /o)
	Spee	26 (34,2 ⁰ /o)	13 (50,0 ⁰ /o)
	sonst.	—	—
	Falck:	114 (53,8 ⁰ /o)	55 (48,2 ⁰ /o)
	Spee:	81 (38,2 ⁰ /o)	45 (55,5 ⁰ /o)
	sonst.:	17 (8,1 ⁰ /o)	9 (52,9 ⁰ /o)

		Starke Abrasion	Sekundäre Progenie	Offener Biß
1946	Falck	—	—	—
	Spee	2 (100 ⁰ /o)	—	1 (50,0 ⁰ /o)
	sonst.	1 (100 ⁰ /o)	1 (100 ⁰ /o)	—
1947	Falck	—	—	—
	Spee	5 (55,5 ⁰ /o)	1 (11,1 ⁰ /o)	2 (22,2 ⁰ /o)
	sonst.	2 (50,0 ⁰ /o)	2 (50,0 ⁰ /o)	—
1948	Falck	1 (20,0 ⁰ /o)	2 (40,0 ⁰ /o)	—
	Spee	10 (33,3 ⁰ /o)	4 (13,3 ⁰ /o)	6 (20,0 ⁰ /o)
	sonst.	2 (25,0 ⁰ /o)	1 (12,5 ⁰ /o)	1 (12,5 ⁰ /o)
1949	Falck	6 (25,0 ⁰ /o)	2 (8,3 ⁰ /o)	5 (20,8 ⁰ /o)
	Spee	2 (22,2 ⁰ /o)	2 (22,2 ⁰ /o)	2 (22,2 ⁰ /o)
	sonst.	—	—	1 (33,3 ⁰ /o)
1950	Falck	9 (26,7 ⁰ /o)	5 (14,7 ⁰ /o)	5 (14,7 ⁰ /o)
	Spee	4 (80,0 ⁰ /o)	1 (20,0 ⁰ /o)	1 (20,0 ⁰ /o)
	sonst.	—	—	—
1951	Falck	22 (44,0 ⁰ /o)	7 (14,0 ⁰ /o)	3 (6,0 ⁰ /o)
	Spee	10 (38,5 ⁰ /o)	2 (7,7 ⁰ /o)	—
	sonst.	—	—	—
	Falck	38 (33,8 ⁰ /o)	16 (14,0 ⁰ /o)	13 (11,4 ⁰ /o)
	Spee	33 (40,7 ⁰ /o)	10 (12,3 ⁰ /o)	12 (14,8 ⁰ /o)
	sonst.	5 (29,4 ⁰ /o)	4 (23,5 ⁰ /o)	2 (11,8 ⁰ /o)

Nachlassen der

		Saugkraft	Bißsenkung	Resorption
1946	Falck	—	—	—
	Spee	—	1 (50,0 ⁰ /o)	2 (100 ⁰ /o)
	sonst.	—	—	—
1947	Falck	—	—	—
	Spee	1 (11,1 ⁰ /o)	1 (11,1 ⁰ /o)	2 (22,2 ⁰ /o)
	sonst.	—	1 (25,0 ⁰ /o)	1 (50,0 ⁰ /o)
1948	Falck	—	—	—
	Spee	2 (6,7 ⁰ /o)	5 (16,7 ⁰ /o)	7 (23,3 ⁰ /o)
	sonst.	—	3 (37,5 ⁰ /o)	2 (25,0 ⁰ /o)
1949	Falck	2 (8,3 ⁰ /o)	6 (25,0 ⁰ /o)	6 (25,0 ⁰ /o)
	Spee	1 (11,1 ⁰ /o)	1 (11,1 ⁰ /o)	1 (11,1 ⁰ /o)
	sonst.	—	1 (33,3 ⁰ /o)	2 (66,7 ⁰ /o)
1950	Falck	5 (14,7 ⁰ /o)	5 (14,7 ⁰ /o)	3 (8,8 ⁰ /o)
	Spee	1 (20,0 ⁰ /o)	1 (20,0 ⁰ /o)	—
	sonst.	—	—	—
1951	Falck	11 (22,0 ⁰ /o)	5 (10,0 ⁰ /o)	4 (8,0 ⁰ /o)
	Spee	4 (15,4 ⁰ /o)	4 (15,4 ⁰ /o)	1 (3,8 ⁰ /o)
	sonst.	—	—	—
	Falck	18 (15,8 ⁰ /o)	16 (14,0 ⁰ /o)	13 (11,4 ⁰ /o)
	Spee	9 (11,1 ⁰ /o)	13 (16,0 ⁰ /o)	13 (16,0 ⁰ /o)
	sonst.	—	5 (29,4 ⁰ /o)	5 (29,4 ⁰ /o)

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Feststellung des Behandlungserfolges bei totalen Gebißprothesen wurden 817 Patienten gebeten, zu den Nachuntersuchungen zu kommen; davon sind 28,6% der Patienten erschienen, 22,1% haben abgesagt und 26,2% wurden zur Untersuchung und Auswertung herangezogen; letztere dienten als Wertungslage (212 = 100%).

Von den 212 Patienten waren 38,7% männlichen Geschlechts — davon waren 69,5% subjektiv zufrieden — und 61,3% weiblichen Geschlechts — davon waren 69,2% zufrieden. Nach Altersgruppen waren 5,7% unter 50 Jahre alt (66,7% zufrieden), 22,6% zwischen 50 und 60 (68,5% zufrieden), 44,3% zwischen 60 und 70 (71,5% zufrieden), 20,5% zwischen 70 und 80 (66,7% zufrieden) und 7,1% unbekannten Alters (60% zufrieden). Nach Berufsgruppen waren 13,4% Arbeiter (54,5% zufrieden), 13,4% Angestellte (81,8% zufrieden) 7,3% Beamte (83,3% zufrieden), 18,3% Handwerker (53,3% zufrieden), 3,7% Geschäftsmänner (100% zufrieden), 12,2% Angehörige freier Berufe (70% zufrieden, 23,2% Pensionisten (68,5% zufrieden) und 8,5% ohne Berufsangabe (85,7% zufrieden); das weibliche Geschlecht betreffend waren 79,2% Hausfrauen (71,8% zufrieden), 3,8% Bedienstete (40% zufrieden), 3,1% Angestellte (75% zufrieden), 6,1% Pensionistinnen (75% zufrieden) und 7,7% ohne Berufsangaben (50% zufrieden).

38,2% Prothesenneulungen standen 61,8% frühere Prothesenträger gegenüber, darunter waren noch 27,6% Träger von totalen Ober- und Unterkieferprothesen; von den Prothesenneulungen waren 71,6% und von den früheren Prothesenträgern 67,9% zufrieden, von den früheren Trägern von totalen Prothesen 84,9% zufrieden.

69,3% der Patienten trugen ihre Prothesen als Kau- und Schauprothese, 3,8% als Kauprothese, 11,3% als Schauprothese, 10,4% nur die Oberkieferprothese, 0,5% nur die Unterkieferprothese und 4,7% keinen Prothesenteil.

24,1% Patienten ohne Druckstellen standen 75,9% Patienten mit Druckstellen gegenüber, davon hatten 51,4% der Patienten Anfangsdruckstellen, die entweder von selbst vergingen oder in Selbstbehandlung oder in maximal 3 Sitzungen in der Zahnklinik beseitigt werden konnten. 10,9% der Patienten hatten länger anhaltende Druckstellen. Bei 13,6% der Patienten konnten die Druckstellen nicht beseitigt werden. Die Lokalisation war von den Patienten mit Druckstellen bei 89,4% im Unterkiefer gegenüber 27,3% im Oberkiefer. Die überzähligen Prozente erklärt die Tatsache, daß manche Patienten Druckstellen im Unterkiefer und im Oberkiefer aufwiesen, die aber getrennt gewertet wurden. Am häufigsten waren die Druckstellen im Unterkiefer wie im Oberkiefer mit 35,4% bzw. 34,1% der Fälle im Seitenzahnbereich lokalisiert. Im Frontzahngebiet hatten im Unterkiefer 20,1% und im Oberkiefer 15,9% der Patienten Druckstellen. Die

übrigen Patienten gaben an, daß die Druckstellen aufgetreten seien „über den ganzen Kiefer verstreut“ (27,3% im Oberkiefer und 18,1% im Unterkiefer) und „am Kiefer insgesamt“ (22,7% im Oberkiefer und 26,4% im Unterkiefer).

Reparaturen wurden bei 25% der Patienten durchgeführt. Unterfütterungen wurden nur bei 0,5% gemacht. Beschwerden wurden bei 7,1% der Patienten eingearbeitet, in den meisten Fällen war es Wolfram.

55,7% der Patienten hatten keine Klagen anzuführen (Druckstellen uneingerechnet) gegenüber 44,3% der Patienten, die Klagen vorzubringen hatten. Von letzteren hatten 22,6% nur einzelne Beschwerden, dagegen 21,7% Klagen über mehrere Funktionen ihrer Prothesen zugleich. Im Einzelnen beklagten sich 32,1% der Patienten über die Kaufunktion; dieser umfassende Begriff mußte bei den Patienten angewendet werden, die sich der Fehler, welche zu der Störung geführt haben, nicht bewußt geworden sind oder die wegen zu langem Zeitabstand die Art der anfänglichen, vorübergehenden kaufunktionellen Schwierigkeiten nicht angeben konnten; die Patienten, die einen bestimmten Grund angeben konnten, wurden gesondert aufgeführt. Die phonetischen Eigenschaften ihrer Prothesen wurden von 16,9% der Patienten beanstandet. 11,8% der Patienten bemängelten die Kosmetik der Prothesen. 10,4% der Patienten hielten die Saugkraft ihrer Oberkieferprothesen für zu gering. 12,3% der Patienten beklagten den schlechten Sitz der Unterkieferprothese bzw. deren Hochsteigen beim Sprechen und Kauen. Zungenbrennen und Schleimhautbrennen hatten 0,5% bzw. 0,9% der Patienten. Brechreiz beklagten 2,4% der Patienten; bei allen war die zu umfangreiche Prothesenbasis die Ursache.

53,3% der Patienten waren mit ihren Prothesen voll zufrieden, während 14,1% der Patienten zwar zufrieden waren, doch ließen kleine Mängel den Patienten den Fremdkörper „Prothese“ immer bewußt bleiben; die Behandlung konnte aber noch als erfolgreich bezeichnet werden.

15,6% der Patienten waren nur teilweise zufrieden; diese Patienten gebrauchten ihre Prothesen nur als Kau- oder Schauprothese. 12,3% der Patienten waren nur mit einem Prothesenteil zufrieden. 4,7% der Patienten waren mit keinem Prothesenteil zufrieden. Ein Vergleich von subjektivem Behandlungserfolg zu Mißerfolg ergab das Verhältnis von

67,4% zu 32,6%.

Die Gaumen- und Kieferverhältnisse waren bei 42,9% der Patienten gut, bei 36,9% befriedigend und bei 20,2% ungünstig. Im Einzelnen war der Gaumen bei 36,9% hoch, bei 41,9% nieder und bei 21,2% flach; die Gestalt der Tubera war bei 69,3% günstig und bei 1,4% unterschiedlich von linker zu rechter Seite; 29,2% hatten keine ausgeprägten Tubera. Unter-sich-gehende Stellen hatten 57,5% der Patienten. Die Kieferkämme waren bei 42,4% hoch und rund, bei 8,02% hoch und spitz, bei 24,1% nieder und rund und bei 9,4% nieder und spitz; 16,04% hatten einen gut geformten Oberkiefer und einen niedrigen und

flachen Unterkiefer. Der paratubäre Raum war bei 82,1% der Patienten ausgeprägt und die Fovea mylohyoidea bei 93,4%. 13,2% der Patienten hatten einen Schlotterkamm und 3,3% fibrös unterlagerte Kämme.

Die Weichteilverhältnisse waren bei 25,1% der Patienten günstig, bei 65,5% befriedigend und bei 9,4% unbefriedigend. Im Einzelnen war der Ansatz des Zungenbändchens bei 60,9% hoch am Kamm, die Lage des Mundbodens bei 67,0% hoch; die Zunge war bei 77,3% groß und breit; 21,7% der Patienten hatten nervöses Zungenspiel. Der Ansatz der Wangenmuskulatur und -bänder war bei 72,1% hoch am Kamm, bei 8,5% am Unterkiefer hoch und am Oberkiefer tief; der Tonus der Wangen war bei 80,7% locker. Der Ansatz der Lippen war bei 55,7% hoch, bei 4,9% unterschiedlich (Unterkiefer hoch und Oberkiefer tief); die Länge der Lippen war bei 75% normal, bei 20,6% lang und bei 3,9% sehr kurz; der Tonus war bei 80,3% locker. Die Schleimhaut war bei 83,5% straff, bei 5,1% teilweise entzündet und bei 4,3% hypertrophisch; die Durchblutung war bei 91,4% gut.

Der Speichelfluß war bei 84,9% der Patienten reichlich; Xerostomie hatte kein Patient; die Beschaffenheit des Speichels war bei 16,9% serös, bei 20,6% mucös und bei 62,3% sero-mucös.

Die Bißverhältnisse waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 53,7% orthognath, bei 30,2% progn und bei 16,1% prognath; als primäre Bißanomalie gaben 3,4% der Patienten Progenie an, doch dürfte diese Zahl irregulär sein, da sich viele Patienten nicht mehr an ihren ursprünglichen Gebißzustand erinnern konnten, besonders die Prognathie betreffend. 14,2% hatten sekundäre Progenie.

Eine Zusammenfassung des gesamten Mundbefundes ergab einen weitgehend befriedigenden Befund; 36,9% der Patienten hatten günstige, 49,5% befriedigende und 14,2% ungünstige Mundverhältnisse.

Die Basisgestaltung war in den meisten Fällen zumindest zufriedenstellend. Im Einzelnen war bei 59,9% der Patienten der Ventilrand gut, bei 74,5% die Ausdehnung der Platte, die distale Abdämmung bei 60,4%, von den 162 Patienten mit hervortretendem Torus hatten 71,6% Prothesen mit genügender, 6,2% mit ungenügender, 20,4% mit keiner und 1,8% mit zu umfangreicher Entlastung; 1,4% der Patienten hatten eine Entlastung, obwohl kein hervorragender Torus vorhanden war. Von den 150 Patienten mit ausgeprägten Tubera hatten jeweils 47,3% Prothesen mit gut bzw. schlecht und 5,3% mit nicht umfaßten Tubera. Die Aussparung von Bändern und Muskeln an der Unterkieferprothese war bei 58,02% gut, bei 33,9% schlecht, bei 6,2% nicht und bei 1,9% zu stark vorgenommen worden.

Die Aufstellung der Zähne war nach folgenden Methoden vorgenommen worden: nach Falck 53,7%, mit Spee'scher Kurve 38,7%, sonstige und nicht erkennbar (meist durch zu starke Abrasion) 7,6%.

81,1% der Prothesen hatten auf-den-Kamm gestellte Zähne; 4,7% hatten die Unterkieferzähne invertiert; der Frontzahnüberbiß (normal 1 mm) war bei 10,8% der Patienten zu stark, bei 4,7% zu schwach; 9,9% hatten Kopfbißaufstellung; die Größe der Frontzähne war bei 68,9% der Patienten gut. Bei der Aufstellung der Molaren waren die Kompensationskurven (Falck) zu 67% berücksichtigt, zu 25,9% teilweise und zu 6,2% nicht berücksichtigt; die intermaxillären Verbindungslinien waren zu 69,3% berücksichtigt, zu 14,7% teilweise und zu 16,1% nicht berücksichtigt. Die Bißhöhe war bei 78,2% der Patienten gut, bei 5,7% zu hoch und bei 16,1% zu niedrig (wozu auch jene Patienten zählten, die infolge starker Abrasion ihrer Prothesen eine Bißsenkung hatten). Zusammenfassend war die Aufstellung der Zähne bei 36% der Patienten gut, bei 49,7% befriedigend und bei 14,2% unbefriedigend.

Die Funktion der Prothesen war bei 34,9% der Patienten gut, bei 35,8% befriedigend und bei 29,2% unbefriedigend. Im Einzelnen war bei 90,1% der Patienten die Form der ausgewählten Zähne dem Gesicht entsprechend. Plan abgeschliffene Zähne wiesen 29,2% der Patienten auf; gut eingeschliffene Zahnreihen hatten 52% und schlecht eingeschliffene Zahnreihen 20,8%; die Feststellung, ob die Prothesen zum Zeitpunkt der Eingliederung gut eingeschliffen waren, konnte infolge der wechselseitigen Verwendung von Mineral- und Kunststoffzähnen nicht genau getroffen werden. Die Okklusion war bei 45,3% der Patienten gut, bei 28,3% befriedigend und bei 26,4% mangelhaft; die Artikulation war bei 32,6% der Patienten gut, bei 38,2% befriedigend und bei 29,2% unbefriedigend. Die Sprachfunktion war zufriedenstellend; 72,6% der Patienten hatten eine gute Aussprache, bei 16,9% waren geringe und bei 10,4% schwere Störungen der Sprache vorhanden.

Das verwendete Basismaterial war bei 94,8% der Patienten Paladon, bei 4,7% bestand die Unterkieferprothese aus Kautschuk, meist Amalgamkautschuk zur Beschwerung der Prothesen und bei 0,5% der Patienten wurde Kautschuk an beiden Prothesenteilen verwendet. Der Zustand des Materials war in den meisten Fällen sehr gut; insgesamt hatten 8,5% der Patienten schlechtes Prothesenmaterial, wovon bei 6,2% die Prothesen porös waren und bei 2,4% die Prothesen eine weiche, schwammige Oberfläche aufwiesen. Die Zähne waren bei 39,6% der Patienten aus Porzellan, 2,4% hatten nur Kunststoffzähne an ihren Prothesen, bei 47,6% waren die Oberkieferzähne aus Kunststoff und die Unterkieferzähne aus Porzellan; bei 8,5% waren Frontzähne aus Kunststoff, die übrigen aus Porzellan, und bei 1,9% der Patienten waren nur die Molaren aus Kunststoff. Der Zustand der Zähne wurde beurteilt nach dem Grade der Abrasion, dabei konnten nur Fälle mit ausgeprägter Abrasion erfaßt werden, da eine geringe Abnutzung der Zähne vom Einschleifen der Zähne nicht unterschieden werden konnte. Bei einem Antagonismus von Kunststoff- zu Porzellanzähnen trat eine Abrasion bei 81,9% der möglichen Fälle auf, bei Kunststoffzähnen gegeneinander bei 40% und bei Porzellanzähnen gegeneinander bei 23,5%.

Die Therapie in der Zusammenfassung war bei 28,8% der Patienten gut, bei 50% der Patienten befriedigend und bei 21,2% der Patienten unbefriedigend. Somit ergibt sich nach objektiver Betrachtung ein Verhältnis von Erfolg zu Mißerfolg von

78,8% zu 21,2%.

71,4% der Patienten, die früher schon einmal totale obere und untere Prothesen getragen haben, konnten sich gut an die neuen Prothesen gewöhnen gegenüber 46,9% von Neulingen von totalen Gebißprothesen, die ebenfalls ihren Ersatz inkorporieren konnten. Der Beginn der Eingewöhnungszeit hing bei allen Patienten weitgehend von der erfolgreichen Druckstellenentfernung ab. Über die Dauer der Eingewöhnungszeit konnten die Patienten infolge der Länge der Zeit und des unbewußten Übergangs zur Inkorporation keine Angaben machen.

Die subjektiv von den Patienten beanstandeten Mängel an ihren Prothesen gliedern sich wie folgt: Druckstellen (75,9%) Störungen der Kaufunktion (32,1%), der Sprachfunktion (16,9%), der Kosmetik (11,8%), Hochsteigen der Unterkieferprothesen bei Sprechen und Kauen (11,4%), mangelhafte Saugkraft der Oberkieferprothesen (8,9%), dauernder, starker Brechreiz (2,4%) und Zungen- und Schleimhautbrennen (1,5%).

Zur Feststellung der Fehler wurden alle nicht einwandfrei hergestellten Prothesen herangezogen, also auch jene Arbeiten, die wegen der Geringfügigkeit der Fehler noch als befriedigend bezeichnet werden konnten. Die nach objektiver Prüfung festgestellten Fehler gliedern sich wie folgt: Basisgestaltung (67,3%, dabei im Einzelnen: Tuberaumfassung (49,7%), Basis der Unterkieferprothese (42,0%), distale Abdämmung (39,6%), Ventilrand (35,4%), Torusentlastung (28,2%) und die Ausdehnung der Oberkieferprothese (25,5%); Funktion der Prothesen (65,1%) dabei im Einzelnen: Artikulation (66,9%), Okklusion (54,7%), Einschleifen (50%) und Sprachfunktion (27,3%); Aufstellung der Zähne (64,6%), dabei im Einzelnen: intermaxilläre Verbindungslinien (32,5%), Kompensationskurven (32,1%), Größenauswahl der Zähne (30%), Bißhöhenbestimmung (21,7%), Stellung der Frontzähne zum Kamm (18,4%) und Frontzahnüberbiß (15,1%).

Bei einem Vergleich von subjektiver Zufriedenheit zu Behandlungserfolg ergab sich, daß von den 143 zufriedenen Patienten 42% einwandfrei hergestellte Prothesen hatten, 46,2% hatten befriedigende Prothesen und 11,9% waren sogar mit unbefriedigend hergestellten Prothesen zufrieden. Von den 69 nicht zufriedenen Patienten waren 1,4% mit einer gut hergestellten Prothese nicht zufrieden, 57,9% hatten befriedigende und 40,6% unbefriedigende Prothesen.

Ein Vergleich von Mundbefund zu Behandlungserfolg ergab, daß von den 78 Patienten mit günstigem Mundbefund 39,4% gute, 46,2% befriedigende und 14,1% unbefriedigende Prothesen erhalten haben. Von den 104 Patienten mit befriedigendem Mundbefund erhielten 23,1% gute, 53,8% befriedigende und 23,1% schlechte Prothesen eingesetzt. Von den 30 Patienten mit ungünstigem

Mundbefund hatten 23,3% gute Prothesen erhalten, 43,3% erhielten befriedigende und 33,3 unbefriedigende Prothesen.

Bei einem Vergleich von Mundbefund zu subjektivem Behandlungserfolg ergab sich, daß von den Patienten mit günstigem Mundbefund 74,4% zufrieden waren und 25,6% unzufrieden. Von den Patienten mit befriedigendem Mundbefund waren 66,2% zufrieden und 33,7% unzufrieden. Von den Patienten mit ungünstigem Mundbefund waren 53,3% zufrieden und 46,7% unzufrieden.

Bei der Feststellung von nachträglich aufgetretenen Mängeln an den Prothesen bei den einzelnen Aufstellungsarten ergab sich, daß bei den Prothesen nach der Methode von Falck 48,2% der Prothesen Mängel aufwiesen, bei den Prothesen mit Spee'scher Kurve 55,5% und bei den sonstigen Arten 52,9%. Im Einzelnen hatten eine starke Abrasion 33,8% der Prothesen nach Falck, 40,7% der Prothesen mit Spee'scher Kurve und 29,4% der sonstigen Arten; sekundäre Progenie hatten 14% der Prothesen nach Falck, 12,3% der Prothesen mit Spee'scher Kurve und 23,5% nach sonstigen Arten gestalteten Prothesen; offener Biß ist bei 11,4% der Prothesen nach Falck, bei 14,8% der Prothesen mit Spee'scher Kurve und bei 11,8% der Prothesen nach sonstigen Arten aufgetreten; ein Nachlassen der Saugkraft der Oberkieferprothese wiesen 15,8% der Prothesen nach Falck und 11,1% der Prothesen mit Spee'scher Kurve auf; eine Bißsenkung hatten 14% der Prothesen nach Falck, 16% der Prothesen mit Spee'scher Kurve und 29,4% der Prothesen nach den sonstigen Aufstellungsarten; eine Resorption der Kiefer hatten 11,4% der Patienten die Prothesen nach Falk erhalten haben, 16% der Patienten mit Prothesen mit Spee'scher Kurve und 29,4% der Patienten mit Prothesen nach den sonstigen Aufstellungsarten.

KRITISCHER BERICHT

Die vorliegende Nachuntersuchung hat die Berechtigung, die Anzahl der Patienten betreffend als repräsentativer Durchschnitt für eine statistische Untersuchung auf zahnärztlichem Gebiet angesehen zu werden, obwohl sie unter der von Statistikern allgemein als ausreichend genannten Anzahl von 300 Menschen bleibt; außerdem stellt diese Arbeit nur ein Teilstück dar, zu dem noch die Arbeit von Göllert angefügt werden muß. Insgesamt ist dann die Zahl der untersuchten Patienten 627 (Göllert untersuchte 415 Patienten). Dadurch kann auch für die beiden gebräuchlichsten Aufstellungsarten, die Methode nach Prof. Falck und die Methode nach Prof. Gysi mit Spee'scher Kurve, jeweils über eine umfangreiche Anzahl von Patienten zu deren Beurteilung verfügt werden. Leider kann das Urteil über die beiden Methoden nur sehr unvollkommen sein, da die Herstellung der Prothesen mitunter sehr große Mängel rein technischer Art aufwies. Die Arbeiten stellen somit mehr eine Beurteilung der Qualität der an der Zahnklinik hergestellten Prothesen dar. Doch auch dieses Urteil muß durch die sehr ungünstigen Raum- und Arbeitsverhältnisse und die damit verbundene mangelnde Aufsichtsmöglichkeit über die die Prothesen fast ausschließlich herstellenden Studenten und außerdem noch auf die schlechten Materialien der ersten Jahre nach dem Krieg und der Währungsreform, in denen ein großer Prozentsatz der Prothesen hergestellt wurde, abgeschwächt werden.

Eine Auswahl der Patienten wurde von uns nur insofern getroffen, als die vor 1870 geborenen und die weit außerhalb Münchens wohnenden Patienten wegen der eventuell mit ihrem Kommen verbundenen Schwierigkeiten infolge ihres Alters nicht eingeladen wurden.

Für die vorliegende Untersuchung wurden insgesamt 817 Patienten zu „einer wissenschaftlichen Nachuntersuchung“ eingeladen, von denen 236 Patienten erschienen sind. Die Vorstellung allerdings, die manche Patienten von einer wissenschaftlichen Nachuntersuchung hatten, war recht materieller Natur. Viele unzufriedene Patienten schienen nur deshalb gekommen zu sein, weil sie sich neue Prothesen versprochen. So werden wohl auch diese Vorstellungen die subjektive Mißerfolgsquote (32,6%) erheblich beeinflußt haben, indem diese Patienten an sich kleine Mängel stark hervorhoben und somit den Eindruck der Unzufriedenheit erweckten. Andererseits werden wohl Patienten, die mit ihren Prothesen zufrieden waren, der Nachuntersuchung ferngeblieben sein, da sie ja keine Verbesserung irgendwelcher Mängel benötigten. Diese Faktoren konnten aber im Rahmen dieser Arbeit nicht ausgeschaltet werden.

Im Vergleich mit der Untersuchung von Göllert fallen, betrachtet man die allgemeinen Patientenzahlen, 2 Punkte besonders auf; da ist einmal der sehr niedrige Prozentsatz (28,6%) der zur Untersuchung erschienenen Patienten (b. Göllert

54,30%); dies dürfte aber zum Teil eine Folge des zeitlichen Abstandes sein (die Herstellung mancher Prothesen lag mehr als 10 Jahre zurück) und zum Teil eine Folge des sozialen Strukturwandels der Nachkriegsmenschheit; denn man kann sich vorstellen, daß viele Patienten der ersten Nachkriegsjahre später, als ihr Lebensstandart wieder gestiegen war, nicht mehr in die Zahnklinik gehen wollten.

Zum andern fällt bei einem Vergleich auf, daß in der Arbeit von Göllert in 3 Jahren 764 Patienten zur Verfügung standen, während für diese Arbeit in 8 Jahren nur 817 Patienten angeschrieben werden konnten; dies lag aber in der geringen Kapazität der völlig zerstörten Zahnklinik bis zu ihrem Umzug in das neuerbaute Gebäude.

Die Zusammensetzung des Patientenguts war ähnlich anderen Untersuchungen gleicher Art überwiegend weiblich (61,30%) — Männer, wenn auch schon Rentenempfänger, finden nicht so leicht zum Zahnarzt, da der Anreiz des mangelhaften kosmetischen Bildes nicht so ausgeprägt ist —, das Alter war in beiden Geschlechtern vorwiegend 60—70 Jahre (44,30%) — darunter waren auch die meisten zufriedenen Patienten —, der sozialen Stellung nach waren die Männer mit wenigen Ausnahmen Rentenempfänger oder Mitglieder der unteren Gehaltsstufen, die Frauen gaben überwiegend „Hausfrau“ als ihren Beruf an. Diese Ergebnisse sind ähnlich denen der Untersuchung von Göllert, nur die soziale Zusammensetzung war, bedingt durch die Verhältnisse der ersten Nachkriegsjahre, noch nicht so sehr auf die Gruppe der Fürsorge- und Rentenempfänger konzentriert.

Die Zufriedenheit der Prothesenneulinge war größer (71,60%) als die der Prothesenerfahrenen (67,90%); die Träger früherer totaler Ober- und Unterkieferprothesen allerdings waren am besten zufrieden (84,90%). Es zeigte sich also, daß Prothesenerfahrene durchaus wieder, wie Haake sagt, „zu Neulingen in Bezug auf ihre neuen Prothesen“ werden können, insbesondere wenn größere Veränderungen die alten und die neuen Prothesen unterscheiden.

Die Patienten hatten ihre Prothesen in 69,30% der Fälle als Kau- und Schauprothese in Gebrauch; allerdings wurde dieses Ergebnis erst durch eine Verbesserung der Erfolgsquote in den Jahren 1949—1951 (diese Jahrgänge hatten auch die höchsten Patientenzahlen) auf über 700% Erfolgsfälle erreicht. Ab 1949 trat nämlich eine Normalisierung des Arbeitsbetriebes durch den Umzug aus den Notquartieren der ersten Nachkriegsjahre in die neuen Räume ein; dies machte sich bei den Arbeiten und der Erfolgsquote stark bemerkbar; auch die verbesserten Materialien trugen zu einem Ansteigen der Erfolgsquote bei.

Die Prothesen, die subjektiv nicht als Erfolg gewertet wurden, waren mit nur einer Ausnahme auch technisch nicht einwandfrei gearbeitet. Bei den Klagen an erster Stelle standen kaufunktionelle Störungen (32,10%); doch darf hier nicht allein technische Mangelhaftigkeit im Aufstellen und Einschleifen der Zähne verantwortlich gemacht werden; denn die lang anhaltenden und nicht zu beseitigenden Druckstellen (24,50%) trugen viel dazu bei, daß die Patienten ihre Prothesen

nicht adaptieren konnten; so hatten *alle* Patienten, die ihre Unterkieferprothesen nicht in Gebrauch hatten, Dauerdruckstellen aufzuweisen (10,4⁰/o); auch diejenigen Patienten, die keine ihrer Prothesen trugen (4,7⁰/o) und die sie nur als Schaustücke verwendeten (24,1⁰/o), gaben zum Großteil den Druckstellen — nur durchschnittlich 22,5⁰/o dieser Patienten machten allein kaufunktionelle Störungen verantwortlich — mit die Schuld am Mißerfolg. 75⁰/o der Patienten, die ihre Prothesen nur zum Kauen benützten (3,8⁰/o der gesamten Patienten) waren mit der Kosmetik nicht zufrieden (12,5⁰/o der Patienten waren die Zähne zu groß, 62,5⁰/o der Patienten zu klein), 25⁰/o hatten Sprachstörungen (die Prothesen waren technisch unbefriedigend hergestellt).

Es zeigte sich also, daß Kaufunktionsstörungen und Dauerdruckstellen die subjektive Mißerfolgsquote wesentlich bestimmt haben. Es ergab sich ein Verhältnis von Erfolg zu Mißerfolg von 67,4⁰/o zu 32,6⁰/o. Göllert hat ein Verhältnis von 80,7⁰/o zu 19,34⁰/o angegeben; doch ist dabei noch die Hälfte derjenigen Patienten erfaßt, die nur mit einem Prothesenteil zufrieden waren, und alle diejenigen Patienten, die mit einzelnen Funktionen nicht zufrieden waren, während diese Fälle in der vorliegenden Arbeit als Mißerfolg gewertet wurden.

Auch die Mundverhältnisse hatten Einfluß auf Erfolg oder Mißerfolg; von den Patienten mit günstigem Mundbefund waren 74,4⁰/o zufrieden und 25,6⁰/o unzufrieden, während von den Patienten mit ungünstigem Mundbefund 53,3⁰/o zufrieden und 46,7⁰/o unzufrieden waren.

Die Nachuntersuchung zeigte objektiv ein Verhältnis von Erfolg zu Mißerfolg von 78,8⁰/o zu 21,4⁰/o. Ein Vergleich mit dem Ergebnis der Untersuchung von Göllert (77,44⁰/o zu 22,54⁰/o) zeigte, daß beide Arbeiten nahezu das gleiche Resultat ergaben. Doch ist effektiv das Ergebnis von Göllert besser zu bewerten; denn bei ihm war die Zahl der einwandfrei hergestellten Prothesen mit 55,39⁰/o wesentlich höher als in der vorliegenden Arbeit (28,8⁰ o); der Ausgleich wird durch die befriedigend hergestellten Prothesen erreicht (22,05⁰/o bzw. 50⁰/o) die ja zusammen mit den technisch einwandfreien Prothesen die Erfolgsquote ergaben. Die Misserfolgsquoten sind in beiden Untersuchungen als gleichwertig zu bezeichnen.

Ob nun objektiv betrachtet die Behandlung von Erfolg oder Mißerfolg war, lag hauptsächlich an der „Funktion der Prothesen“ (29,2⁰/o unbefriedigend), insbesondere dem Einschleifen und der Artikulation der Prothesen; doch auch schon die Okklusion der Prothesen zeigte erhebliche Mängel (26,4⁰/o unbefriedigend); zwar konnte nicht genau beurteilt werden, in wie weit die „Funktion der Prothesen“ beim Einsetzen derselben gut war, da 81,9⁰/o der Prothesen, die als Antagonisten Kunststoff- und Porzellanähne hatten (47,6⁰/o der Gesamtzahl), stark abgekaut waren; doch zeigen die mangelhafte Okklusion und die Nicht-Beachtung der intermaxillären Verbindungslinien (30,8⁰/o), daß schon die Voraussetzung für eine gute „Funktion der Prothesen“ gefehlt hat.

Die Entscheidung, ob die Prothesen eingeschliffen waren oder nicht, war wegen der oben schon erwähnten starken Abrasion sehr schwierig und konnte mit Sicherheit nur dann gefällt werden, wenn sich die Zähne noch in gutem Zustand befanden; dies war aber oft nur bei Patienten der Fall, die ihre Prothesen nicht in Gebrauch hatten; da aber die Anzahl der „eingeschliffenen“ Prothesen sehr klein geblieben wäre, wurde noch als „Eingeschliffen“ bezeichnet, wenn bei den Kaubewegungen der 3-Punkt-Kontakt vorhanden war, auch wenn die Zähne schon in geringem Umfange abgekaut waren; dies war bei 50% der Patienten der Fall. Als Nicht-Eingeschliffen galt, wenn Höcker oder Zahngruppen eine reibungslose Artikulation behinderten; dies geschah bei 20,8% der Patienten. Als „Abgeschliffen“ galten die Zähne, deren Höcker plan abgeschliffen waren (29,2%), sodaß keine feste Bißführung möglich war; in diese Zahl eingerechnet sind auch jene Patienten, welche die Höcker ihrer Zähne durch Abrasion eingebüßt haben. Diese schlaffe Bißführung hat die Ausbildung einer Progenie stark begünstigt, denn 50% aller Fälle von sekundärer Progenie sind mit einem abgeschliffenen Höckerbild vergesellschaftet (14,2% der Gesamtzahl) (davon hatten 33,3% der Prothesen Falck-Aufstellung, 6,7% Spee'scher Kurve und 10% eine nicht erkennbare Aufstellungsart). 30% der Fälle von sekundärer Progenie traten bei Patienten auf, die einen Prothesenteil, meist die Unterkieferprothese, nicht in Gebrauch hatten; dies wurde durch nachträgliches Einsetzen und Okklusionbringen der Prothesenteile und einem extraoralen Vergleich der Aufstellung kontrolliert. 20% der Fälle traten bei eingeschliffenen Prothesen auf, meist in Verbindung mit einer Resorption der Kiefer.

Die „Basisgestaltung“ und die „Aufstellung der Zähne“ hatten 21,2% bzw. 14,2% unbefriedigende Arbeiten. Die nachfolgenden hohen Prozentzahlen ergaben sich dadurch, daß auch befriedigend hergestellte Prothesen geringe Mängel aufweisen können, die dann aber einzeln in der Addition mit den unbefriedigenden Arbeiten die Prozentzahlen so stark erhöhen. So waren Tuberaumfassung (52,7%), Basisgestaltung der Unterkieferprothese (42%), Ventilrand (40,1%) und distale Abdämmung (39,6%) bei der Basisgestaltung die größten Fehlerquellen. Bei der Aufstellung der Zähne waren die Fehlerquellen die Kompensationskurven (33,0%) und die intermaxilläre Verbindungslinien (30,8%); die Bißhöhenbestimmung war bei 21,8% der Patienten nicht gut. Das physiognomische Bild war bei 31,1% der Patienten durch falsche Größenauswahl der Zähne (meist zu klein — 21,6%) gestört. Bei 9,9% der Patienten war die Form der Zähne nicht zum Gesicht passend.

Die Mundverhältnisse zeitigten auch auf den objektiven Behandlungserfolg einen gewissen Einfluß; so wiesen von den Patienten mit günstigem Mundbefund 39,4% gute, 46,2% befriedigende und 14,1% unbefriedigende Therapie auf; von den Patienten mit befriedigendem Mundbefund hatten jeweils 23,1% gute bzw. unbefriedigende und 53,8% befriedigende Therapie; von den Patienten mit ungünstigem Mundbefund haben 23,3% gut, 43,3% befriedigend und 33,3% unbefriedigend hergestellte Prothesen erhalten.

Die Forderung von W. Balters also, „die technische Hilfe möglichst vollkommen“ zu leisten, wurde nicht erfüllt. So blieb es den Patienten überlassen, durch ihre positive Aufnahmebereitschaft die technischen Mängel auszugleichen. Dies ist 67,4% der Patienten gelungen; davon waren 46,2% mit befriedigend hergestellten und 11,9% sogar mit unbefriedigend hergestellten Prothesen zufrieden. Dies beweist wider die Behauptung von Modrach, daß „eine Prothese funktionstüchtig sein kann, obwohl sie technische Mängel aufweist, weil sie dem Patienten zusagt, weil er mit der Prothese zufrieden ist“. Von den Patienten, die mit ihren Prothesen nicht zufrieden waren, hatte nur ein Patient Prothesen mit guter Therapie — allerdings hat dieser Patient seine Prothesen, wie schon erwähnt, selbst durch Erwärmen zerstört —, während die übrigen Patienten befriedigend (57,9%) und unbefriedigend hergestellte Prothesen (40,6%) hatten.

So ist auch die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Methode nach K. Falck nicht einwandfrei zu beantworten, da die Mißerfolge hauptsächlich auf technische Mängel zurückzuführen sind; nur die starke Abrasion der wechselseitig angewandten Kunststoff- und Porzellanzähne mit ihrer mangelhaften Bißführung und der dabei entstandenen sekundären Progenie spricht gegen die Methode. Die Prothesen mit der Aufstellung nach Gysi mit Spee'scher Kurve hatten zu den technischen Mängeln, da sie hauptsächlich in den ersten Nachkriegsjahren angewandt wurde, schlechtes Prothesen- und Zahnmaterial.

Ausgehend von dem Worte Modrachs, daß der Patient über den Wert seiner Prothese entscheidet, indem er sie inkorporiert oder nicht, sind die 67,4% positiver subjektiver Behandlungserfolge ein Zeichen dafür, daß die angewandten Methoden für die Patienten inkorporationsfähig sind.

Andererseits darf natürlich die menschliche Inkorporationsfähigkeit nicht überfordert werden, indem man dem Patienten zumutet, jede beliebige Fehlerprothese zu adaptieren. Im Gegenteil — die zahnärztliche Prothetik muß durch neues Forschen und immer neue Versuche um Verbesserungen bemüht sein, die Pflicht des Praktikers ist es, diese neuen und erprobten Erkenntnisse in die Tat umzusetzen und damit den Menschen zu helfen, wie es ärztlicher Beruf ist.

LITERATURVERZEICHNIS

W. Balters:

„Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten — von der Psychologie her gesehen“.

DZZ 1956 H. 1 S. 112

DZZ 1956 H. 2 S. 465

nach einem Vortrag auf der wissenschaftlichen Tagung der deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde.

W. Balters:

Nach D. Mayer und H. Stein:

„Artikulation und totale Prothese“

ZW 1956 H 3 S. 60

W. Balters:

Nach W. Friese:

„Psychologie der zahnärztlichen Praxis“

ZM 1959 H 3 S. 94

E. Dolder:

„Zur Psychologie des Zahn-Verlustes und Zahn-Ersatzes“.

DZZ 1956 H. 2 S. 469

nach einem Vortrag auf der wissenschaftlichen Tagung der deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde.

W. Friese:

„Psychologie der zahnärztlichen Praxis“.

ZM 1959 H. 3 S. 94

R. Göllert:

„Nachuntersuchung von Patienten der prothetischen Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München, welche in den Jahren 1952, 1953 und 1954 mit totalen Gebißprothesen versorgt wurden“.

Dissertation 1957, München.

A. Gysi:

„Handbuch der Zahnheilkunde“

von Bruhn, Kantorowicz und Partsch

1930 3. Auflage, 3. Band.

F. Haake:

„Über den Inkorporationserfolg zahnärztlicher Prothesen bei alten Patienten“.
ZM 1959 H. 5 S. 175

K. Häupl:

„Die zahnärztliche Prothese als Heilfaktor“.
Zahnärztliche Praxis, 1959 H. 18
nach einem Vortrag auf dem 14. deutschen Zahnärztertag in Berlin.

K. Häupl:

„Lehrbuch der Zahnheilkunde“.
2. Band, 2. Auflage

H. Iskraut:

„Neuraltherapie der Zahnheilkunde“.
nach W. Tietkemeyer: „Gestaltwandel der Zahnheilkunde“
ZM 1954 H. 2 S. 40

F. Jung:

„Über die Verankerung der Prothese am zahnlosen Kiefer“.
DDZ 1955 H. 20 S. 719

H. Kranz:

„Zahnverlust und Zahnersatz als psychologisches Problem“.
DZZ 1956 H. 1 S. 105
nach einem Vortrag auf der wissenschaftlichen Tagung der deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde.

A. Modrach:

„Zur ganzheitlichen Komplexqualität und deren Bedeutung für den Funktionsbegriff der zahnärztlichen Vollprothese“.
DDZ 1955 H. 13 S. 472

Portmann:

Nach F. Bschor: „Psychotherapie in der Zahnheilkunde“.
ZM 1954 H. 14. S. 495

W. Reither:

„Die Bedeutung der Relationen zwischen Lippen und Zahnreihen für die ästhetische Wirkung der Mundregion“.

DDZ 1959 H. 24 S. 764

K. Schuchardt:

„Zur Frage der Zahnärztlich-Prothetischen Behandlung der Kauinsuffizienz älterer Menschen“.

DZZ 1953 H. 15 S. 797

H. Siegmund:

Nach Tietkemeyer: „Gestaltwandel der Zahnheilkunde“.

ZM 1954 H. 2 S. 40

H. van Thiel:

„Artikulation und Kiefergelenk im Hinblick auf die Herstellung der totalen Prothese“.

DDZ 1953 H. 14 S. 419

W. Tietkemeyer:

„Gestaltwandel der Zahnheilkunde“.

ZM 1954 H. 2 S. 40

W. Wild:

Nach W. Balzers:

„Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten — von der Psychologie her gesehen“.

DZZ 1956 H. 2 S. 465

Zum Abschluß meiner Arbeit darf ich Herrn Professor Dr. H. van Thiel für die gütige Überlassung des Themas und für die dabei mir zuteilgewordene Hilfe und Anregung in dieser Form meinen aufrichtigsten und verbindlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf

Ich wurde am 15. Juni 1933 als ehelicher Sohn der Zahnarztseheleute Georg Lohrer und seiner Ehefrau Anna, geb. Schrag in Pfaffenhofen a. d. Ilm geboren. Im Jahre 1939 trat ich in die Volksschule in Pfaffenhofen ein. 1944 bestand ich die Aufnahmeprüfung für die Oberschule in Reichenhall/St. Ceno; diese Schule mußte ich aber schon wieder im Frühjahr 1945 infolge des Kriegsendes verlassen. Ab 1946 besuchte ich dann das humanistische Gymnasium in Scheyern; an dieser Anstalt bestand ich 1952 die Reifeprüfung. Am 28. Oktober 1952 immatrikulierte ich mich an der Universität München für die Zahnheilkunde. Am 30. April 1954 bestand ich die zahnärztliche Vorprüfung und am 8. Dezember 1956 die zahnärztliche Prüfung mit Erfolg. Seit 1957 bin ich in freier Praxis als Assistent tätig, zuerst in der Praxis meines Vaters und seit 1960 bei Herrn Dr. Dr. K. Hemmerich. Am 9. Mai 1961 promovierte ich an der medizinischen Fakultät der Universität München zum Doktor der Zahnheilkunde.

